*Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 139 del 17 giugno 2006 - Serie generale*

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b*
*Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

# GAZZETTA UFFICIALE

## DELLA REPUBBLICA ITALIANA

*PARTE PRIMA* **Roma - Sabato, 17 giugno 2006** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

**N. 149**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 aprile 2006.

# Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.

# S O M M A R I O

# DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 aprile 2006.

**Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.**

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che demanda al Governo la predisposizione e l'adozione del Piano sanitario nazionale, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia e le Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'art. 8 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997;

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante individuazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Viste le osservazioni delle regioni formulate dalla Conferenza delle regioni e delle Province autonome del 24 novembre 2005;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 2 dicembre 2005;

Acquisito il parere delle Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Acquisito il parere della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati nella seduta del 22 febbraio 2006;

Preso atto che il parere della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica non è pervenuto nel termine dei trenta giorni di cni alla normativa vigente;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 28 marzo 2006;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 29 marzo 2006;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri per gli affari regionali e dell'economia e delle finanze;

Decreta:

Art. 1.

1. È approvato il Piano sanitario nazionale 2006-2008 nel testo risultante dall'intesa tra Stato e Conferenza unificata, di cui all'allegato.

Il presente decreto, previa registrazione da parte della Corte dei conti, sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 7 aprile 2006

CIAMPI

BERLUSCONI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*
LA LOGGIA, *Ministro per gli affari regionali*
TREMONTI, *Ministro dell'economia e delle finanze*

*Registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 2006*
*Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 3, foglio n. 155*

# PIANO SANITARIO NAZIONALE
# 2006-2008

# INDICE

## PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

## 1. INTRODUZIONE

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 parte da una disamina degli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno fortemente il panorama sanitario italiano, sia positivamente che negativamente, in termini di opportunità e di vincoli. Vengono quindi considerati gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese nonché a quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico. Vanno infine tenuti presenti, da un lato gli elementi che caratterizzano l'attuale fase istituzionale (federalismo sanitario), dall'altro i precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale ed anche di programmazione sanitaria regionale per valutarne il rapporto con il nuovo Piano nazionale

Dopo questa parte iniziale si svolgerà poi una riflessione sul Servizio sanitario nazionale che, partendo da una generale volontà di riconfermare gli attuali valori di carattere generale su cui lo stesso poggia, riaffermi, soprattutto, il principio di uniformità sul territorio nazionale, articolato all'interno del federalismo sanitario.
La parte successiva del Piano sarà una conseguenza dei primi due capitoli nel senso che la consapevolezza degli scenari e la volontà di mantenere i principi fondamentali su cui il sistema poggia, impongono di tenere conto della sua necessaria evoluzione. Bisognerà chiedersi quali scelte strategiche devono connotare questo piano per dare seguito a quanto sopra detto.

Occorrerà fare riferimento alla necessità di strutturare in maniera forte tutte le iniziative che consentono di connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria: portare la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana.

Occorrerà poi fare riferimento ai punti focali dell'azione del Servizio sanitario nazionale ed individuarne le priorità: 1) organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; 2) rimodellare le cure primarie; 3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale; 4) potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti etc) sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie etc); 5) promuovere l'innovazione e la ricerca; 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale; 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.
L'ultima parte del Piano riguarda la definizione degli obiettivi di salute, le risorse e la valutazione.

## 2. CONTESTI VINCOLI E OPPORTUNITA'

### 2.1. Gli scenari internazionali: scenari comunitario e internazionale

La dimensione della tutela della salute e sanità pubblica trascende il livello nazionale per radicarsi nell'Unione Europea (U.E.) e nelle altre Organizzazioni intergovernative (quali l'Organizzazione per lo Sviluppo e la cooperazione economica - OCSE e il Consiglio d'Europa) oppure internazionali (quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS) e in minor misura, nella co-operazione bilaterale con altri Stati. Infatti, a parte alcune eccezioni, è proprio in tali ambiti che prevalentemente si definiscono e si aggiornano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie ottimali, successivamente posti in essere dai Governi nazionali. Ciò dipende da molteplici motivi, fra i quali rivestono particolare importanza: (a) la necessità di un approccio globale per risolvere numerosi problemi sanitari (ad es. controllo delle malattie trasmissibili), nonché per assicurare la sicurezza degli alimenti e delle altre merci che ormai vengono commercializzate su uno scenario mondiale; (b) il carattere senza frontiera della ricerca scientifica e biomedica che sottintende la praticabilità e rende possibile il perseguimento di innovativi obiettivi di salute; (c) i notevoli benefici che derivano dalla collaborazione fra esperienze ed approcci diversi per la ricerca di valide soluzioni di sanità pubblica nella presente fase di globalizzazione; e (d) la solidarietà fra i popoli che si esprime particolarmente nell'aiuto reciproco per la tutela della salute attraverso le Organizzazioni citate, oltre che nella co-operazione bilaterale.

Il Piano sanitario nazionale si inserisce in questo contesto europeo: l'allargamento dell'Europa amplia il confronto tra gli Stati e, quindi, la necessità di stabilire un sistema di relazioni tra il Servizio sanitario nazionale e i sistemi di tutela della salute di altri Paesi, ma vede anche la possibilità di un aumento della mobilità europea sia dei pazienti che dei professionisti.
Il raggiungimento degli obiettivi di Piano è influenzato o condizionato dallo sviluppo delle politiche di integrazione europea e dalla crescente interrelazione dei processi sociali, economici, culturali a livello globale.

In questo contesto occorre tenere conto degli ampi poteri decisionali attribuiti agli Organi della Unione Europea. Senza dubbio tra i principi del diritto comunitario, ve ne sono alcuni che sono propri del vincolo federale, primo fra tutti il principio della prevalenza del diritto comunitario sul diritto interno. Ciò implica che, in numerosi settori essenziali per la salute, l'Italia è tenuta ad adeguarsi alle normative progressivamente adottate a livello europeo, in genere tramite la cosiddetta procedura di co-decisione. Questo è il caso di una varietà di norme fra le quali si possono citare, a titolo di esempio, quelle in materia di sicurezza alimentare, tutela dell'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, medicinali, trapianti di cellule e tessuti, sangue e tabacco.
Non bisogna sottovalutare la valenza politica del rispetto anche delle Raccomandazioni internazionali ed il fatto che eventuali conseguenze negative per la salute, derivanti dal mancato trasferimento nella normativa o nella pratica di uno Stato dei principi e delle procedure previsti in una Raccomandazione approvata a livello internazionale dallo stesso Stato, potrebbero consentire ai cittadini danneggiati di citare l'Amministrazione competente per ottenere un risarcimento del danno.

Anche per alcune organizzazioni internazionali non mancano fattispecie specifiche per le quali lo statuto conferisce il potere di adottare normative vincolanti. Ad esempio, l'OMS può adottare normative vincolanti in materia di requisiti di igiene e di quarantena e di altre procedure intese a prevenire la diffusione delle malattie fra gli Stati membri. In tal senso opera il Regolamento sanitario Internazionale adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità il 24 maggio 2005.

Fra le priorità delle Organizzazioni citate, quelle dell'OMS riguardano, tra l'altro, il tabagismo, l'alcolismo, la salute mentale, la nutrizione e la sicurezza alimentare, la formazione e l'adeguamento delle risorse umane per la salute, nonché lo sviluppo di strategie e pratiche ottimali da adottarsi per il miglioramento dell'ambiente di lavoro. Inoltre, l'OMS e l'Unione Europea hanno sviluppato strategie e piani di azione dedicati specificamente alla relazione tra ambiente e salute con particolare riferimento ai bambini. L'OMS agisce, peraltro, anche con iniziative che coinvolgono, oltre ai Governi nazionali, gli Enti territoriali quali le Regioni e Comuni (vedere ad esempio la Rete Città Sane costituita da Enti Locali).

L'impegno dell'OCSE nel settore salute è andato crescendo negli ultimi anni: nel 2004, questa organizzazione ha ricevuto dai Ministri della salute degli Stati membri il mandato di continuare il lavoro sullo sviluppo dei dati sanitari, sul sistema della gestione analitica dei servizi, sullo sviluppo di indicatori per la valutazione del funzionamento dei servizi sanitari, nella prospettiva di fornire ai responsabili politici e amministrativi elementi per il miglioramento dei sistemi sanitari. Una delle attività che l'OCSE sta sviluppando con maggiore impegno riguarda la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.

Il Consiglio d'Europa considera la salute nel particolare ambito dei diritti umani. Le principali linee strategiche riguardano l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, la protezione delle categorie più deboli, la partecipazione del cittadino e la bioetica. I temi prioritari sono la qualità dei servizi sanitari e la sicurezza dei pazienti, e, accanto ad essi, lo sviluppo di sistemi nazionali di notifica degli incidenti, la piattaforma internazionale per la scambio di informazioni ed esperienze, la formazione del personale, la gestione delle liste di attesa, la partecipazione del cittadino, la promozione della salute, la sicurezza di trasfusioni e trapianti, gli aspetti etici connessi alle nuove tecnologie e possibilità diagnostiche e le cure palliative. La stessa U.E. si impegna ad attuare ogni forma di collaborazione con il Consiglio d'Europa e con l'OCSE (artt. 303 e 304 del Trattato istitutivo dell'Unione Europea).

**2.2. Il contesto istituzionale e normativo**

Il contesto istituzionale e normativo allo scadere del triennio di vigenza del Piano sanitario nazionale 2003-2005 è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali che costituiscono la cornice entro la quale si va a dispiegare la progettualità del nuovo Piano sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 non può che partire da una analisi degli elementi che ne costituiscono il contesto: la modifica del Titolo V della Costituzione a seguito dell'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e la individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

L'articolo 117, comma 2 lettera m), a seguito delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione per opera della legge n. 3 del 18 ottobre 2001, ha posto in capo allo Stato la potestà esclusiva nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" e la definizione dei principi fondamentali in materia, da adottarsi con legge nazionale.

Alle Regioni è affidata invece la potestà legislativa concorrente in materia di: "tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario".
Il legislatore costituzionale ha posto con grande chiarezza in capo allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza e nello stesso tempo ha affidato alle Regioni la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.
La competenza generale e residuale, nell'attuazione di tali garanzie, spetta alle Regioni e agli Enti locali. Alla base di questa scelta vi è il "principio di sussidiarietà" costituzionale, che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale.

L'esigenza di garanzia dei Livelli Essenziali, postulata dal legislatore richiede altresì che sia stabilito un serio raccordo tra livelli essenziali e sistema reale di perequazione finanziaria, dando attuazione agli articoli 119 e 120 della Costituzione.

Con queste indicazioni costituzionali al Governo e alle Regioni sono affidati compiti tassativi, riconducibili all'individuazione di meccanismi di garanzia di tutela della salute per il cittadino in tutto il Paese in un'ottica di universalismo ed equità di accesso.

Il Piano sanitario nazionale, in un quadro di federalismo sanitario, assume quindi la necessità di definire un nuovo "grande sistema sanitario" nel quale non esiste più un solo attore istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità. Il Piano sviluppa, altresì, il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati nella definizioni di politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute.

Il Piano Sanitario 2006 2008 pone, quindi, l'attenzione più che sulle competenze di ciascun livello di responsabilità del sistema, sulla capacità di instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni.
L'esperienza di questi ultimi anni, dopo le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione ha evidenziato la necessità di trovare una condivisione, un nuovo approccio alle problematiche, una cooperazione sinergica in cui i due principali attori del sistema uniscano le loro potenzialità, nel reciproco rispetto delle nuove competenze, per garantire che il Servizio sanitario nazionale sia sempre in grado di affrontare le problematiche nuove emergenti e dare risposte adeguate ai cittadini soprattutto in presenza della necessità di contenere le risorse.

Nel mutato quadro costituzionale dei rapporti tra Governo e Regioni si è affermato, in questi anni, l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano assume pertanto tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi in esso determinati.

In questo quadro istituzionale il Piano sanitario nazionale, strumento di governo e di indirizzo del Servizio sanitario nazionale, sceglie di porre al centro dell'attenzione quale attore principale del sistema il cittadino e la garanzia del suo stato di salute.

Mentre il precedente Piano era stato connotato dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 in base al quale, a fronte di un finanziamento maggiorato per un triennio, le Regioni si impegnavano ad erogare una serie di servizi inclusi nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il nuovo Piano si sviluppa in un contesto delineato dall' Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

L'Intesa ha come premessa la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale stabilisce per tutti i soggetti operanti, gli obiettivi di consolidamento e di rinnovamento del sistema, nel rispetto dei criteri di fondo su cui basare la scelta degli obiettivi, che devono essere capaci di garantire i diritti e i Livelli Essenziali di Assistenza, di cogliere le opportunità dell'innovazione coerentemente con il quadro organizzativo e concorrere al perseguimento della qualità del sistema nel suo complesso. Tali obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.

Il Piano deve anche tenere conto oggi di una necessaria impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute. Non si può più parlare di Sanità in un contesto che non contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive.

Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio sanitario nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione. La politica socio-sanitaria del Paese deve integrarsi ed essere resa coerente al fine della promozione e tutela della salute collettiva ed individuale con le politiche relative allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica ed ai trasporti.

A tale proposito occorre ricordare che il Servizio sanitario nazionale è un sistema eminentemente pubblico articolato in Aziende sanitarie. Il carattere pubblicistico del servizio non è ovviamente da intendersi in termini di esclusività dell'offerta pubblica, in quanto il privato ha un suo spazio rilevante, anche se differenziato tra le diverse realtà regionali, quanto piuttosto nella unicità pubblica nel governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema.

Le caratteristiche di pluralismo istituzionale e sociale che le scelte programmatiche intersettoriali rivestono, promuovono quindi la opportunità di dare impulso al processo normativo regionale per l'istituzione e la valorizzazione delle sedi di confronto e di corresponsabilizzazione delle Autonomie locali nel governo del sistema.

### 2.3. I diritti dei cittadini: la centralità dei LEA

Con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, individuati in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini, introducendo accanto a liste positive di prestazioni, anche liste negative per quelle prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e per quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Il compito di aggiornare progressivamente

l'insieme dei servizi e delle prestazioni erogabili alla luce dei fattori scientifici, tecnologici ed economici ed in relazione alle risorse definite, è stato affidato alla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita dalla legge 15 giugno 2002, n. 112. Nel corso dei suoi lavori, la Commissione, composta paritariamente da esperti di designazione ministeriale e regionale, ha delineato un percorso metodologico che indaga sulla effettiva pertinenza, rilevanza, efficacia, equità e compatibilità economica delle attività e delle prestazioni incluse o da includere nei livelli; la stessa Commissione si è proposta, inoltre, di individuare principi e criteri utili a specificare l'effettivo contenuto dei livelli di assistenza garantiti ai cittadini, soprattutto nei settori in cui il d.P.C.M. riporta definizioni eccessivamente generiche o lacunose. L'esito di questo lavoro consentirà, da un lato, di individuare con più chiarezza l'esatta portata del diritto attribuito ai cittadini e, dall'altro, di meglio delineare i confini delle aree di competenza dello Stato e delle Regioni.

Il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", emanato ai sensi del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56 e attualmente in corso di aggiornamento, individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti. Il Tavolo di monitoraggio dei LEA istituito secondo quanto previsto al punto 15 dell' Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha utilizzato per il proprio lavoro una parte degli indicatori individuati dal citato decreto, tenendo presente la reale fruibilità degli stessi nella fase di avvio della rilevazione, con l'obiettivo di ampliare il set di indicatori negli anni successivi. Il tavolo di monitoraggio tuttavia non ha potuto effettuare un'analisi sulla rilevazione dei costi in quanto non si è raggiunta una convergenza di opinioni sull'analisi di appropriatezza necessaria per stabilire l'effettivo costo alle prestazioni erogate nell'ambito dei LEA.
Dai dati rilevati si manifesta comunque una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, intendendo con tale termine l'erogazione di ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.
Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità.
Il divario è prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del centro nord, anche se pure all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.
La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza assume così un ruolo centrale di contesto nel Piano Sanitario. In questo senso il Piano deve prevedere le modalità con cui il sistema si dota di strumenti valutativi che rilevino le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

**2.4. Il quadro epidemiologico: l' evoluzione demografica e l'evoluzione dei bisogni**

Il quadro epidemiologico e demografico nel quale si inserisce il PSN è caratterizzato da modifiche assai rilevanti.
L'aumento della speranza di vita alla nascita è ormai consolidata nel nostro paese: attualmente per le donne siamo oltre gli 82,9 anni. Questo comporta un aumento notevole della

popolazione anziana che, però, non si distribuisce omogeneamente in tutte le Regioni con conseguenti differenti necessità di modulazione dell'offerta dei servizi sanitari.

Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane (ultra-65enni) e molto anziane (ultra-85enni).

Di contro in Italia, come in molti paesi a economia avanzata, abbiamo assistito in questi ultimi anni ad una diminuzione marcata della natalità: attualmente il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2, un dato tra i più bassi nel mondo.

Appare evidente che tali modifiche demografiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie quali quelle cronico degenerative, cardiovascolari, tumori, altre malattie dell'invecchiamento e legate alle condizioni socio-economiche. Le priorità del Piano sanitario nazionale discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie, anche per effetto dello straordinario progresso tecnologico e scientifico (introduzione di nuovi farmaci e nuove tecnologie).

Cresce il numero dei soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria: emergono nuovi bisogni a cavallo fra sociale e sanitario in relazione all'evoluzione socio-economica e all'incremento della immigrazione e della mobilità generale della popolazione.

*La speranza di vita alla nascita*

L'aumento della speranza di vita alla nascita costituisce un trend storico consolidato nel nostro Paese che prosegue tuttora, sia per gli uomini che per le donne. Per il genere maschile essa è cresciuta da 76,7 anni del 2001 a 76,9 anni del 2003; anche la vita media delle donne, sempre maggiore di quella degli uomini, sta ulteriormente aumentando: da 82,7 anni del 2001 a 82,9 del 2003. La differenza di genere, a favore delle donne, permane e si attesta da tempo intorno ai 6 anni.

Le Regioni più longeve tra gli uomini sono l'Umbria e le Marche (speranza di vita oltre i 78 anni); tra le donne ancora l'Umbria e le Marche e la Provincia di Trento (speranza di vita oltre gli 84 anni). La speranza di vita alla nascita è determinante della definizione dell'età in cui un soggetto può definirsi "anziano" e gli sforzi di assistenza e cura vanno certamente concentrati sui soggetti la cui attesa di vita è di 10 anni. Sono certamente questi soggetti quelli che andrebbero assistiti per l'instaurarsi di patologie multiple, del rischio dei colpi di calore, etc.

*La struttura per età*

Nel 2004 quasi un italiano su cinque aveva più di 65 anni (19,2%), due terzi avevano tra 15 e 64 anni (66,6%) mentre solo uno su sette aveva meno di 15 anni (14,2%). Le Regioni in cui è maggiore la proporzione di anziani sono la Liguria (26,2%) e l'Umbria (23,1%); viceversa, le Regioni in cui più alta è la proporzione di giovanissimi, al di sotto di 15 anni, sono la Campania (18%), la Provincia di Bolzano (17,1%) e la Sicilia (16,7%).

Il continuo e progressivo invecchiamento della popolazione italiana è espresso dall'andamento dei vari indici strutturali della popolazione, a partire dal cosiddetto "indice di vecchiaia", dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0- 14 anni, che si è incrementato da 130,3 del 2002 a 135,4 del 2004; nel 2004 sono solo due le Regioni in cui l'indice di vecchiaia è inferiore a 100 (ovvero il numero dei giovanissimi supera quello degli anziani): la Provincia di Bolzano (93,8) e la Campania (81,9).

E' interessante inoltre considerare il cosiddetto indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione non attiva-giovanissima e anziana- e la popolazione in età attiva, da 15 a 64 anni), che è intorno al 50%, ed è in continua crescita (da 49,1% nel 2002 a 50,2% nel 2004).
Nell'ambito del progressivo invecchiamento, merita attenzione l'andamento crescente del numero delle persone ultra-anziane (di 99 anni ed oltre) che sono quintuplicate in venti anni (da circa 2000 nel 1981 a oltre 11000 nel 2001); a fronte di questo notevole aumento della popolazione ultra-anziana, la sua mortalità cresce più lentamente.

*Previsioni demografiche*
Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane e molto anziane; in particolare, si stima che le persone ultra-65enni passeranno da circa 10 milioni e mezzo del 2001 a oltre 12 milioni nel 2011; in questo stesso arco di tempo si stima che il numero degli ultra-75enni cresca da 4 milioni e seicentomila circa ad oltre 6 milioni; si stima altresì che anche il numero delle persone molto anziane (ultra 85-enni) nell'arco dei dieci anni crescerà da 1 milione e duecentocinquantamila circa del 2001 ad 1 milione e settecentomila circa del 2011.

*La natalità*
In Italia, negli ultimi 40 anni si sono verificati, come in molti paesi a economia avanzata, notevoli cambiamenti nell'area della salute riproduttiva. Rispetto al passato la natalità è diminuita drasticamente con l' aumento dell'età media delle primipare a oltre 28 anni. Il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2. Un dato tra i più bassi nel mondo (dove la media è 2,8 ma arriva a 5,4 nei paesi meno sviluppati) e anche in Europa.
In questi recenti anni si sta assistendo ad un lieve ma costante incremento delle nascite, attestato nel 2004 sul 9,7 per mille; questo fenomeno è prevalentemente dovuto alla nascita nel nostro Paese di bambini stranieri (l'incidenza delle nascite di bimbi stranieri sul totale dei nati nella popolazione residente in Italia è più che raddoppiata negli ultimi 5 anni, dal 3,9% del 1999 a 8,6% del 2004). Il tasso di natalità non è uniforme su tutto il territorio nazionale, varia da 7,6 nati per mille abitanti in Liguria a 11,5 nella Provincia di Bolzano. Sul fronte della mortalità, l'Italia si attesta a uno dei livelli più bassi in Europa, con 3,7 per mille nati morti contro una media europea di 4,5.

*Il quadro epidemiologico*
Le evidenti caratteristiche dell'Italia quali l'invecchiamento della popolazione, la ridotta natalità, la necessità di controllare eventi infettivi prevenibili con apposite strategie, indicano come prioritarie le aree delle malattie cardiovascolari (principale causa di morte e di consumo di risorse sanitarie), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziale persi), delle altre malattie dell'invecchiamento, dell'infanzia.

1. Il carico delle *malattie cardiovascolari* in Italia è da anni uno dei più pesanti. La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7 per 1000 per anno negli uomini e di 1,7 per 1000 per anno nelle donne. Per gli eventi cerebrovascolari l'incidenza è di 2,3 per 1000 per anno negli uomini e di 1.4 per 1000 per anno nelle donne. Gli indicatori disponibili sono: mortalità (233.500 decessi per anno), dimissioni ospedaliere (nel 2001 ci sono stati 102.210 ricoveri ospedalieri per infarto del miocardio, la spesa per gli interventi cardiochirurgici è stimabile in circa 650 milioni di Euro e tocca, da sola, l'1% della spesa sanitaria), pensioni di invalidità (31,2% dei motivi sono malattie cardiovascolari), spesa farmaceutica (i farmaci del sistema cardiovascolare da soli assorbono circa la metà dell'intera spesa farmaceutica).

2. Una trattazione a parte merita il *diabete mellito* che in Italia colpisce circa 2 milioni di persone. I risultati dello studio nazionale (ISS, QUADRI) su un campione di popolazione tra i

18 e i 64 anni mostrano che nel 28% la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni. Il 30% dei pazienti ha sofferto di almeno una complicanza; le più frequenti sono la retinopatia diabetica (19%) e la cardiopatia ischemica (13%). Solo il 28% del campione ha un indice di massa corporea normale; il 40% è in sovrappeso mentre gli obesi sono il 32%. Il 27% del campione in studio non svolge alcuna attività fisica.

3. Ogni anno in Italia si registrano ancora circa 240 mila nuovi casi di tumore e 140 mila sono i decessi (il 28% della mortalità complessiva). Ci sono, dunque, quasi un milione e mezzo di persone affette da tumore, fra pazienti guariti, nuovi casi e quelli in trattamento. L'incidenza di queste patologie è in costante aumento per l'invecchiamento della popolazione e per l'esposizione a fattori di rischio noti e non noti e a sostanze cancerogene, come il fumo di sigaretta, e alcuni inquinanti ambientali. Si stima che nel 2010 vi saranno circa 270 mila nuovi casi di tumore all'anno e 145 mila decessi. Nei dati dei Registri Tumore italiani, il tumore del polmone è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.
La distribuzione del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra nord, dove è maggiore il rischio di ammalare, e il sud.
Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, calcolata sui pazienti diagnosticati negli anni 1986-89, sono complessivamente del 39%: uguali alla media europea per gli uomini e leggermente superiori per le donne. La proporzione dei malati che guariscono è in aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel 1987-89, si stima che la proporzione di coloro che possono ritenersi guariti sia del 25% negli uomini e del 38% nelle donne. Tale proporzione era del 21% e del 29%, rispettivamente, nel periodo di diagnosi 1978-80. La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

4. Il 3% delle donne ed il 2% degli uomini da 65 a 69 anni ha bisogno di assistenza quotidiana: questa percentuale sale al 25% nelle donne sopra gli 80 anni ed al 18% negli uomini.
La prevalenza di *patologie croniche* dell'anziano è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni. Le malattie della senescenza e le malattie a morbilità elevata per le quali esistono prospettive di prevenzione, trattamento o ritardo della comparsa e della disabilità ad esse correlate sono: *osteoporosi, osteoartrosi, diabete, malattie cardiovascolari, depressione, malattia di Alzheimer; demenze, morbo di Parkinson, tumori (seno, cervice uterina, colon-retto), BPCO, disabilità fisica, psichica e mentale*. E' difficile fornire dati di frequenza attendibili su tali patologie, ma ad esempio sappiamo che la demenza è una condizione che interessa dal 1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento all'età di 80 anni. In Italia si stimano circa 500 mila ammalati di malattia di Alzheimer. Uno studio recente indica che il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi e nel rapporto OSMED 2004 risulta evidente un aumento dell'uso di farmaci per l'osteoporosi.

Il costo dell'assistenza aumenta nel tempo ed in funzione dell'età: aumenta il numero di anziani "utenti" ed aumenta il costo sanitario dell'utente, il consumo di soggetto con oltre 75 anni di età è 11 volte maggiore di quello di un soggetto di età tra i 25 e i 34 anni (rapporto OSMED). Il 92% degli anziani Veneti assumono farmaci in maniera continuativa o ciclica (Studio Veneto MMG) contro il 79% degli anziani in Sardegna ed il 95% in Puglia (Studio Argento ISS). Esistono grandi differenze geografiche ad esempio, la prevalenza di disabilità media nei 65enni è diversa nelle varie aree del Paese.
Gli anziani sono un gruppo a rischio per la depressione e il suicidio e ci sono buone evidenze che si possono prevenire e ridurre questi problemi con l'esercizio fisico, il ricorso a gruppi di mutuo-aiuto, alle attività di socializzazione, alle visite domiciliari da parte di personale capace di riconoscere i bisogni socio-sanitari e di promuovere interventi relativi.

5. Il miglioramento delle cure perinatali, negli ultimi due decenni, ha indotto una rilevante riduzione della morbilità e della mortalità infantile, soprattutto per quanto riguarda il periodo neonatale. Tuttavia, la situazione sociale ed economica nonché le caratteristiche dell'assistenza sanitaria sono molto disomogenee nelle varie Regioni in cui persistono significative differenze nella disponibilità e nella effettiva utilizzazione dei servizi di prevenzione e nella qualità dell'assistenza perinatale. I dati di copertura vaccinale relativi ai bambini con malattie croniche indicano come questi gruppi, che dovrebbero essere particolarmente tutelati, sono generalmente poco protetti. La percentuale di bambini "a rischio" vaccinati per influenza e pneumococco è inferiore al 3%, mentre quella per varicella è inferiore all'1%. Per i bambini con patologie di base, la copertura vaccinale sia per influenza che per pneumococco era inferiore al 10%. È necessario migliorare la copertura vaccinale dei bambini con patologie di base, che sono a maggior rischio di complicanze.

Il quadro demografico del nostro Paese si caratterizza per un aumento della speranza di vita, per un aumento della proporzione di anziani e "grandi anziani" e per una lieve ripresa della natalità, da attribuire prevalentemente alla nascita di bimbi stranieri.

**2.5. L'evoluzione scientifica e tecnologica**

Attualmente i sistemi sanitari devono far fronte ad una domanda crescente di forme assistenziali innovative e ad elevato contenuto tecnologico, generando un'esigenza di equilibrio tra l'incremento della tecnologia e i bisogni assistenziali dei pazienti. Così, mentre in passato le politiche sanitarie erano, in prima istanza, concentrate sulla valutazione degli standard organizzativi e, solo in seconda istanza, sull'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche e sui risultati finali degli interventi, oggi diviene sempre più importante orientare le stesse politiche verso esigenze assistenziali più complesse e focalizzate all'efficacia degli interventi, oltre alla diffusione di prime esperienze attuate attraverso metodi e procedure dell'health technology assessment.

Lo sviluppo dei sistemi sanitari dipende, tra l'altro, dalla capacità di governare l'ingresso delle nuove tecnologie (attrezzature, ICT, biotecnologie sanitarie) nella pratica clinica per assicurare risultati positivi in termini di salute, in un quadro di sostenibilità finanziaria, equità ed integrazione degli interventi. L'innovazione tecnologia assume, dunque, una cruciale importanza in termini di generatore di sviluppo per due principali ordini di motivi:

- da un lato, è considerata generatore di efficienza per il sistema sanitario e di miglioramento dell'offerta complessiva di prestazioni per il paziente, sia attraverso specifiche decisioni di politica sanitaria (es. la promozione al ricorso delle cure domiciliari attraverso modelli alternativi di organizzazione del servizio con dispositivi innovativi di tele-assistenza), sia attraverso nuove procedure assistenziali che si servono di tecnologia innovativa per lo sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici di particolare efficacia in termini di outcome,
- dall'altro, è considerata fattore critico di successo per lo sviluppo economico del paese perché generatore di nuovi impulsi, sia per l'ulteriore sviluppo della ricerca e della conoscenza, sia per il trasferimento dell'innovazione stessa verso il mercato delle imprese tradizionali e/o innovative.

In tale contesto il settore sanitario rappresenta un elemento di forte impulso dell'innovazione tecnologica attraverso la presenza combinata dei seguenti elementi:

- una rilevante attività di ricerca "sul campo" sia di tipo sperimentale che di tipo industriale,
- la creazione di un indotto di imprese ad alto contenuto innovativo che si rivolgono all'utilizzo e all'introduzione estensiva di nuove tecnologie sanitarie e di nuovi farmaci. Il conseguimento dell'introduzione di nuovi farmaci è reso possibile, tra l'altro, dall'applicazione di discipline alla base dell'innovazione quali le biotecnologie sanitarie.

Nel campo delle scienze della vita e della biotecnologia è in corso una rivoluzione che comporta un'apertura nei confronti di nuove applicazioni nel settore sanitario negli ambienti di vita di lavoro e di ricerca con un coinvolgimento globale. Le nuove conoscenze hanno originato nuove discipline scientifiche quali la genomica, la bioinformatica, l'applicazione delle quali ha un impatto profondo sulla società e sull'economia. Le potenzialità delle biotecnologie coinvolgono fortemente settori di attività connessi al mantenimento della salute umana e, nel complesso sistema di applicazione delle biotecnologie in continua evoluzione, vanno ricordate particolarmente quelle applicate al genoma umano. Questo settore è quello che più invade la sfera privata dell'uomo ma che ha prodotto nella terapia risultati impensabili prima della nascita delle nuove tecnologie, quali la terapia genica e la riproduzione di tessuti, e ci sono attese per la terapia personalizzata e la riproduzione di organi.

## 2.6. Il contesto socio economico nazionale

La ricostruzione del contesto socio economico, in cui va a collocarsi la programmazione sanitaria 2006-2008, non può che partire dalla presa d'atto dell'indubbia fase di grave difficoltà che l'Italia si trova oggi ad affrontare. In un contesto di rallentamento che riguarda certamente l'Europa nel suo complesso, l'Italia cresce da diversi anni assai meno degli altri paesi europei.
Il Piano sanitario nazionale, dunque, si iscrive in una situazione economica nella quale la prevista ripresa dell'economia del nostro Paese non si è ancora materializzata, anzi la tendenza a breve è ancora quella di una crescita molto limitata, al di sotto delle previsioni e in, alcuni momenti, vicina a valori pari allo zero.
Tuttavia le previsioni a medio termine non possono non tenere conto della possibile ripresa dei paesi industrializzati che dovrebbe consolidarsi nel 2007, assestandosi su un trend simile a quello registrato negli anni novanta e il completamento delle politiche di riforma dei mercati dei beni e del lavoro favoriranno un maggior grado di flessibilità con crescita della produttività e della competitività.
Nel Documento di programmazione economica e finanziaria che introduce la manovra di finanza pubblica 2006-2009 il Governo stima che l'attuale fase di ristagno non durerà a lungo e quindi per il 2006 e il 2007, in linea con la Commissione europea e in modo prudenziale, prevede una crescita intorno all'1,5%. In questa situazione, un primo approccio per verificare quali problemi al settore sanitario derivano da questa situazione di contesto può consistere nel raffrontare l'andamento del PIL rispetto alle disponibilità finanziarie messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale e alla spesa sanitaria effettivamente registrata negli ultimi 5 anni.

**Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N. (variazioni percentuali annue)**

| ITALIA | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005(§) |
|---|---|---|---|---|---|
| PIL reale | 1,8 | 0,4 | 0,3 | 1,2 | 0,0 |
| PIL a prezzi correnti | 4,5 | 3,4 | 3,2 | 3,9 | 4,6 |
| spesa effettiva del SSN | 8,3 | 4,7 | 2,9 | 7,5 | 5,8 |
| costo effettivo del SSN | | 4,8 | 2,7 | 7,0 | 4,0 |
| Finanziamento (fabbisogno) previsto per il SSN (*) | 8,2 | 6,1 | 3,9 | 4,9 | 7,0 |

(*) Nel triennio 2001 - 2003 non sono stati considerati gli ulteriori 1.450 milioni previsti dalla norma di ripiano.
(§) I valori 2005 sono stimati tranne il finanziamento (fabbisogno), che è quello stabilito dalla legge 311/2004 (finanziaria 2005)

Come si vede la dinamica di crescita della spesa sanitaria e del finanziamento garantito è fortemente più accelerata rispetto a quella del PIL.

Di fronte a questi dati un'analisi superficiale potrebbe spingere ad orientare la valutazione dell'impatto che il contesto socio economico potrà esercitare sull'organizzazione sanitaria solo verso la tematica del contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria per conseguire una compatibilità con la situazione economica del Paese. In realtà tale semplificazione sarebbe erronea in quanto non tiene conto degli elementi che vengono di seguito descritti.
In prima approssimazione si può fare riferimento ad alcuni principali aspetti:

1. sanità come "azienda" impegnata nella gestione di un numero rilevante di risorse umane e di rapporti con un "indotto" formato da imprese fornitrici, atto a garantire il funzionamento corrente delle strutture sanitarie;
2. sanità come impulso alla realizzazione di infrastrutture sul territorio con una mobilitazione di risorse finanziarie considerevoli e di soggetti imprenditoriali coinvolti nel processo attuativo degli investimenti strutturali;
3. sanità come creatore di nuovi soggetti economici, erogatori di servizi socio sanitari volti alla copertura della crescente domanda proveniente dalle dinamiche demografiche legate all'aumento dell'età media e dal conseguente incremento della non autosufficienza e della dipendenza a livello di territorio e di domicilio;
4. sanità come settore di impulso all'innovazione tecnologica attraverso l'utilizzo di nuove pratiche assistenziali e tecnologiche, di attrezzature e strutture di comunicazione innovative e di telecomunicazione, nonché attraverso lo sviluppo del settore delle biotecnologie sanitarie;
5. il settore salute come settore attivo nella valutazione degli effetti sulla popolazione e sul territorio derivanti dall'adozione delle altre politiche di sviluppo (i.e. industriale, ambientale, agricolo, ecc) e dalle valutazioni di eventuali azioni correttive da porre in essere allo scopo di garantire uno sviluppo economico equilibrato.

Più nel dettaglio, può essere richiamato l'elemento che si riferisce al ruolo complesso che l'organizzazione sanitaria gioca rispetto alle influenze che il rapporto tra invecchiamento e salute avrà sulla società e sull'economia. A breve termine infatti, cioè fin dai prossimi anni, si

osserverà un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, che sarà di dimensioni mai viste prima, anche se moderate dal tentativo, peraltro sempre più contrastato dalle politiche previdenziali, di espulsione dal mercato dei lavoratori in esubero più anziani. Questo fenomeno può avere delle conseguenze inedite sulla salute e sul sistema economico generale che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo.

La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana, fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria. Il secondo aspetto, correlato al precedente, è che il luogo di lavoro è il contesto dove la persona può imparare con più facilità a curare le proprie abilità funzionali, fisiche cognitive e sociali, abilità che costituiscono il migliore viatico per un invecchiamento in salute: oggi questi obiettivi di promozione della salute attraverso l'educazione agli stili di vita salutari e attraverso la pratica dell'esercizio fisico regolare non sono perseguiti nei luoghi di lavoro e si perde un'altra occasione preziosa per mantenere questa "work ability".

Sempre sul versante sociale ed economico, ma più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi. In particolare, questo fenomeno influenzerà le professioni sanitarie e l'assistenza: il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza richiesto dall'invecchiamento della popolazione imporrà una necessità di più infermieri e di più medici di medicina generale. Inoltre, gli investimenti per migliorare la salute degli anziani (la cosiddetta "compression of morbidity") attraverso la prevenzione e la promozione della salute sono assolutamente prioritari per gli effetti benefici sulla salute e sulla qualità della vita.
In conclusione, ci si può attendere un aumento progressivo dei costi di assistenza sanitaria nei prossimi decenni, legato all'invecchiamento, solo moderatamente influenzabile dai flussi immigratori di popolazione giovane e dal successo degli eventuali sforzi di promozione della salute e di prevenzione sanitaria.

Un secondo elemento si riferisce al fatto che la salute rappresenta il risultato marginale (unintended effect) praticamente di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo; tuttavia di questo effetto quasi sempre si ha consapevolezza solo dopo l'adozione delle politiche stesse e, quindi, esso non viene preso in considerazione né in sede di scelta di decisione preliminare sul singolo intervento, né nella valutazione dei costi e delle responsabilità che essi comportano. Solo in campo ambientale la valutazione dell'impatto sulla salute dei diversi interventi è stata disciplinata con le procedure di Health Risk Assessment nei documenti di Valutazione d'Impatto Ambientale, anche se con un ruolo abbastanza ancillare. Nel resto dei campi interessati dalle politiche e dagli interventi per lo sviluppo (occupazione, welfare, urbanistica e infrastrutture, educazione, tecnologia…) questi effetti indesiderati sono quasi sempre ignorati e non servono ad indirizzare le scelte. L'esigenza che va emergendo, invece è che nessun intervento o politica che superi una certa soglia di rilievo dovrebbe poter essere introdotta senza un adeguato Health Impact Assessment, per il quale a tutt'oggi soccorrono alcuni modelli che non sono ancora adeguatamente conosciuti, diffusi, sperimentati ed applicati.

Un terzo elemento è relativo al ruolo che la sanità esercita come moderatore degli effetti connessi alle dinamiche socio – economiche e demografiche. Molti degli effetti sulla salute generati dalle politiche e dagli interventi correlati allo sviluppo possono essere prevenuti, contrastati o moderati con appropriati interventi da parte del sistema sanitario. Adeguati

interventi di sostegno ed assistenza territoriale, possono evitare gli effetti indesiderati della disoccupazione e della precarietà che possono essere indotti da interventi di riconversione della struttura produttiva o della forza di lavoro. Tuttavia in questo ambito è ancora poco consolidata la conoscenza sull'efficacia di questi interventi e sarebbe molto importante far crescere un patrimonio di "evidence based intervention", soprattutto con le componenti del sistema sanitario deputati alla prevenzione dell'assistenza.

Il quarto elemento si riferisce alla capacità che la sanità può avere di generatore di effetti diretti sui "fondamentali" dell'economia. In Italia il settore della salute occupa il settimo posto per numero di addetti (1,2 milioni) e il terzo per valore della produzione. Definire i confini del sistema sanitario, in termini produttivi, è un'operazione in certo modo arbitraria, ma necessaria. Il sistema sanitario produce e impiega sia beni sia servizi appartenenti a branche produttive diverse -industria chimico-farmaceutica, apparecchi e materiale sanitario, servizi sanitari alle persone e alla collettività la cui caratteristica è di produrre beni e prestazioni a contenuto sanitario. Il settore sanitario contribuisce alla produzione nazionale per il 7,6%, agli investimenti fissi lordi per l'1,4% e alle esportazioni per l'1%. La sua rilevanza è superiore a quella dell'intera agricoltura (2,9% del Pil), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2,0%) e automobilistica (1,3%).

L'aumento o la diminuzione della spesa sanitaria può avere quindi un effetto espansivo o riduttivo sulla produzione nazionale, sulle importazioni, sull'occupazione, sugli investimenti, sui redditi, sui profitti e sulle imposte. Tagli alla spesa sanitaria comportano con effetto moltiplicativo una perdita di posti di lavoro e un calo delle imposte indirette. Naturalmente, anche le condizioni generali dell'economia nazionale esercitano un'influenza diretta sul sistema sanitario. Le risorse spendibili per la sanità sono vincolate, in qualche modo, dalle dimensioni dell'economia e dalle fasi del ciclo economico. In particolare, si dovranno considerare politiche attive con riferimento all'influenza esercitata dal settore sanitario sul mercato del lavoro, finalizzate agli interventi a favore dell'occupazione, ad un più ampio e strutturato processo di formazione delle risorse professionali in merito ai nuovi sviluppo del settore sanitario (territorialità, continuità assistenziale, introduzione di nuova tecnologia sanitaria, ecc) e ad una più rilevante circolazione a livello nazionale ed internazionale delle risorse professionali.

Il quinto elemento tiene conto della sanità come "induttore" di sviluppo economico attraverso i legami con altri settori industriali. La sanità è oggi annoverabile tra i principali settori per lo sviluppo dell'economia. Questo non solo per il legame diretto con le principali determinanti dell'economia quali il mercato del lavoro, la politica degli investimenti, la politica della spesa, etc. ma anche perché oggi il settore sanitario crea impresa. E' stato dimostrato, infatti, che ogni euro speso nell'acquisto di beni intermedi necessari a produrre prestazioni sanitarie (ad es. materiale diagnostico, energia elettrica), propaga un impulso ai settori che forniscono questi beni, che a loro volta generano una richiesta di forniture in altri comparti e così via.

Infine, un sesto elemento da menzionarsi nel contesto socio-economico è quello relativo al ruolo che i soggetti della società civile sono chiamati a giocare nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali, in particolare ci si riferisce al *Terzo settore*, che possiamo definire quale spazio sociale tra Stato e mercato, caratterizzato da soggetti privati, dotati di diverso grado di formalizzazione e istituzionalizzazione, tutti tendenti a finalità di pubblico interesse. Si tratta di un settore misto collegato a tutti e tre i sottosistemi della società (Stato, mercato e sfera informale), che porta le istanze di partecipazione alla vita sociale del cittadino. In senso ampio è costituito dai cittadini, dai nuclei familiari, dalle forme di aiuto-aiuto e di reciprocità; dai soggetti della solidarietà organizzata; dalle organizzazioni sindacali; dalle associazioni sociali e di tutela degli utenti, dagli organismi non lucrativi di

utilità sociale; dagli organismi della cooperazione; dalle associazioni e gli enti di promozione sociale; dalle fondazioni e gli enti di patronato; dalle organizzazioni di volontariato; dagli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi e intese.
Va evidenziato il ruolo innovatore che è stato riconosciuto al c.d. Terzo settore nell'impianto normativo del Servizio sanitario nazionale. Gli obiettivi di politica sanitaria e sociale, infatti, possono essere meglio perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale: istituzionali, sociali, di volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del mondo produttivo. Per questo la concertazione è vista non solo come strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sanitarie e sociali, ma anche e soprattutto come condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione.
In questo quadro non si può dimenticare che il ruolo che la sanità gioca nello sviluppo del Paese va al di là di una lettura meramente economicista. Ciò che la sanità può produrre, se organizzata in un sistema efficiente ed efficace in cui il cittadino e le istituzioni locali rivestono un ruolo centrale, è coesione sociale, processi di identificazione e solidarietà, adesione e condivisione di valori; ed è indubbio che tale processo sia di fondamentale importanza nel superamento dei periodi di crisi economico-sociali, in cui invece le spinte economiche inducono spesso fenomeni di disgregazione, conflittualità territoriale e sociale, indifferenza ai valori nazionali e dello Stato.

### 2.7. Quali risorse per il Servizio sanitario nazionale

La evoluzione dell'importo delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario è in continua progressione con un notevole sforzo sia delle Regioni che dello Stato che a partire dal 2002 hanno concordato per un triennio, l'ammontare delle risorse che complessivamente sono destinate alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La legge finanziaria 2005 ha fissato, per il triennio 2005–07, l'importo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Per il 2006, primo anno di vigenza del nuovo PSN, l'importo è definito in 89.960 milioni di euro. Le risorse disponibili consentiranno, mediamente, una quota capitaria pari a circa €. 1500, mentre l'importo complessivo sarà destinato in riferimento ai livelli di assistenza, per il 5% alla prevenzione, il 44% all'assistenza ospedaliera ed il rimanente 51% all'assistenza distrettuale sul territorio.
Nonostante l'incremento di risorse messe a disposizione dall'Accordo dell' 8 agosto 2001 e dalla legge finanziaria 2005 negli anni dal 2001 al 2005 si sono verificati e continuano a verificarsi disavanzi, al cui determinarsi contribuiscono due tipologie di elementi.
La prima riferibile al fatto che, per quanto il finanziamento del SSN abbia raggiunto il 6,3% del PIL (nel 2000 si era al 5,6%), si stanno verificando fenomeni epocali quali l'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'aumentata percezione del bene salute e quindi la crescente richiesta di servizi, unitamente al fatto che negli anni passati gli investimenti in prevenzione (vaccinazioni, lotta al fumo di tabacco, all'obesità e al diabete, all'uso di alcool e di droghe, agli incidenti domestici) sono stati scarsi, nonostante sia noto che essi sono quelli con il massimo ritorno in termini economici e di salute.
La seconda relativa alle modalità gestionali attuate in alcune realtà del Paese. Nonostante gli sforzi fatti dalle Regioni in termini organizzativi e di recupero dell'efficienza si ritiene che le economie conseguibili su questi aspetti sono ancora cospicue. Se è vero infatti che tutte le Regioni si sono impegnate negli anni più recenti con interventi di miglioramento, è anche vero che il risultato è stato diverso da Regione a Regione, per cui ancora molto si può fare.

In questa situazione è fondamentale, se si vuole evitare il tendenziale riformarsi di un cospicuo disavanzo, accompagnare le eventuali misure di riadeguamento delle disponibilità finanziarie, con manovre strutturali in modo che le nuove risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio sanitario nazionale e di recupero della sua efficienza, già a suo tempo condivisi con le Regioni con la cosiddetta Dichiarazione congiunta di Cernobbio che ha previsto il rilancio della prevenzione primaria e secondaria, la ridefinizione delle cure primarie, la qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici secondo l'approccio della clinical governance.
In questo quadro è da ritenersi determinante che le risorse disponibili per il triennio 2005 – 2007, tenendo conto della spesa effettivamente sostenuta nel 2004 e correggendo il tendenziale di spesa 2005, possano soddisfare le esigenze del Servizio sanitario in modo da:

- finalizzare il maggior finanziamento alla realizzazione di servizi inclusi nei LEA, definendo contemporaneamente gli standard qualitativi e quantitativi dei LEA stessi;
- evitare che la manovra tesa a recuperare il disavanzo derivante dallo scarto tra il finanziamento concesso e la spesa tendenziale prevista dalle Regioni (che potrebbe anche superare € 93.000 milioni) sia aspecifica, cioè non tenga conto che i fattori di splafonamento sono diversamente distribuiti tra le Regioni e che quindi le misure correttive vanno adattate alle singole Regioni interessate
- realizzare, nei confronti delle Regioni che manifestano rilevanti difficoltà nel mantenere l'equilibrio di bilancio e nell'assicurare l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, una adeguata opera di affiancamento per aiutarle a recuperare efficienza e capacità realizzativa.

### 2.8. Gli strumenti della programmazione

La programmazione sanitaria nazionale, nel contesto del Piano sanitario nazionale si misura con almeno tre ordini di questioni: i contenuti, la "governance", il rapporto con la programmazione regionale.
Per quanto attiene all'individuazione degli obiettivi e delle priorità del Piano sanitario nazionale si deve in primo luogo fare riferimento al quadro dei principi a cui il Servizio sanitario nazionale ed i singoli sistemi sanitari regionali fanno riferimento.
Anche questo è uno dei passaggi che consente di dare valore e sostanza al carattere nazionale del Servizio Sanitario, laddove individua finalità condivise e fatte proprie dai soggetti istituzionali del sistema.
In questa ottica non si può dimenticare che:

- la definizione degli obiettivi di salute non può prescindere dalla enunciazione dei valori fondamentali a cui essi debbono rifarsi e cioè:
    - la salute come diritto umano fondamentale;
    - l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione per il suo conseguimento
    - la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo protezione e la promozione della salute.
    - le priorità del Piano sanitario nazionale discendono dai problemi di salute del Paese, caratterizzati fortemente dal mutare del quadro demografico ed epidemiologico.

Per quanto riguarda il rapporto tra la programmazione nazionale e la "governance" del Servizio sanitario nazionale, cioè il livello di responsabilità cui la programmazione deve essere ricondotta, nella sede della Conferenza Stato-Regioni sono state sperimentate nuove modalità di concertazione, che hanno, nel corso degli ultimi anni, consolidato un percorso nel rispetto del principio di "leale collaborazione".

Quanto al rapporto tra programmazione nazionale e programmazione regionale si sottolinea come tutte le Regioni dovrebbero nutrire interesse nei confronti del programma di lavoro delineato dal Piano, volto ad affrontare i problemi del SSN e a promuoverne l'evoluzione, sulla base della constatazione che lo sviluppo dei propri servizi sanitari dipende anche da quello del SSN nel suo complesso, così come i problemi dei Servizi sanitari di alcune Regioni ricadono direttamente o indirettamente su quelli di altre. In questo contesto le Regioni contribuiscono alla programmazione nazionale, contribuendo altresì ad un più corretto rapporto tra il SSN e le sue singole parti.
Tenendo conto delle considerazioni riportate occorre tenere presente che il PSN non è l'unico strumento di attuazione della programmazione nazionale e che anzi esso deve costituire strumento di riferimento di carattere generale per iniziative programmatiche da attuarsi nel triennio attraverso una forte sinergia tra Stato e Regioni.

A tale proposito si fa presente che nel contesto attuale di programmazione non può non tenersi conto di nuovi strumenti di programmazione concertata, che, nel corso degli anni, sono assurti al ruolo di strumenti sussidiari e a volte principali di programmazione, anche alla luce dell'evoluzione del rapporto Stato-Regioni.
Tra gli strumenti di programmazione che si possono annoverare oltre al Piano sanitario nazionale, vi sono le leggi-quadro, i Piani Nazionali di settore (che intervengono sulle modalità erogative dei livelli essenziali di assistenza); le Intese istituzionali e gli Accordi di programma (che costituiscono il quadro di riferimento degli atti di programmazione negoziata che hanno luogo nella Regione o Provincia autonoma); le linee guida , gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla Conferenza Unificata e da ultimo le Intese tra Stato e Regioni, ai sensi della legge 5 giugno 2003, n.131, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.

### 2.9. Il rapporto con i cicli programmatori precedenti e i Piani sanitari regionali

Tradizionalmente il Piano sanitario nazionale individua obiettivi di carattere generale, distinguibili, in via di prima approssimazione, come obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di "salute", che le Regioni sono invitate in qualche modo a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Con il Piano 2003-2005 si è avuto una iniziale modifica di tale impostazione.

Il Piano 2003-2005 si è posto da un lato come conferma dell'impianto universalistico che, in applicazione dell'articolo 32 della Costituzione, ha portato alla costruzione del Servizio sanitario nazionale, dall'altro come strumento condiviso per agevolare il passaggio al federalismo in campo sanitario, tenendo conto del nuovo contesto istituzionale, ma anche del quadro demografico ed epidemiologico nazionale.

Nel passaggio dalla "sanità" alla "salute", il Piano ha individuato dieci progetti per la strategia del cambiamento, avendo come riferimento prioritario la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Piano rimandava, in una ottica di collaborazione, ad accordi successivi la individuazione delle aree di priorità cui vincolare, anche, risorse specifiche.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 sono state individuate cinque aree prioritarie di applicazione del PSN precedente:
- l'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza
- le cure primarie;
- la non autosufficienza;

- i centri di eccellenza;
- la comunicazione istituzionale soprattutto applicata alla prevenzione.

Sulla base di ulteriori riflessioni congiunte Stato-Regioni tenuto conto degli obiettivi già concordati nel PSN 2003-2005, il Ministro della salute e gli Assessori alla Sanità hanno convenuto nell'incontro di Cernobbio, nell'aprile 2004 su "Sanità futura", alcune principali linee di azione:

1. Ottimizzare la domanda con le "Primary Care Clinics" (UTAP);
2. Misurare gli *outcome* e promuovere il governo clinico per la qualità;
3. Educazione sanitaria, prevenzione primaria e diagnosi precoce;
4. Centri di eccellenza clinica;
5. Ricerca clinica.

Nella sua applicazione il PSN 2003-2005 ha, inoltre, fatto emergere la necessità di procedere ad una "messa in ordine" degli elementi fondamentali del S.S.N., attraverso l'ampio progetto collaborativo Ministero-Regioni denominato Progetto Mattoni. Tale progetto, ancora in corso, sta consentendo di rivisitare 15 aree tematiche di fondamentale importanza sia per la programmazione nazionale e regionale che per la tenuta del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

La innovazione di tale impostazione avviata con il Piano 2003-2005 tiene conto del fatto che il Servizio sanitario nazionale non è la semplice sommatoria dei 21 Servizi sanitari delle Regioni e delle Province autonome, ma è qualcosa di più e di diverso: un sistema esteso su tutto il territorio nazionale di tutela della salute, con un corrispondente livello di governo, con proprie regole e propri obiettivi.

Contemporaneamente le Regioni dopo la Riforma Costituzionale hanno adottato i loro piani sanitari che hanno alcuni aspetti di cornice comuni, in particolare esplicitano i principi di fondo ai quali intendono ispirarsi e accompagnano le enunciazioni sugli obiettivi prioritari per il triennio con scelte strategiche per raggiungerli (anche se le indicazioni operative variano molto da Regione a Regione).

Le linee di indirizzo dei Piani sanitari delle diverse Regioni disegnano scelte politiche di fondo, naturalmente diversificate, del governo del sistema-salute regionale, ma al tempo stesso mostrano strategie generalmente condivise, quale quella del rafforzamento del rapporto tra ospedale e territorio, riservando finalmente a quest'ultimo un ruolo primario nel circuito dell'assistenza: dalle cure a domicilio all'assistenza ai malati terminali alla lungodegenza, anche se con modalità attuative diverse.

E' evidente che la logica di fondo è la ricerca di strumenti che "difendano" il soggetto più fragile ma le scelte sono diverse. Da un lato si privilegia la costruzione di un sistema pubblico di protezione; dall'altro si privilegia la libertà di scelta, tramite una contrattazione di mercato, con regole predefinite (di servizi e controlli).

I Piani sanitari regionali perseguono anche un'altra finalità particolarmente rilevante nell'ambito della piena responsabilizzazione delle Regioni sul piano finanziario: quella del controllo della spesa sanitaria, senza limitare i servizi ai cittadini. L'esperienza degli ultimi quattro anni suggerisce una possibile innovazione: il Piano sanitario nazionale si pone come uno strumento di lavoro condiviso volto ad affrontare i problemi di salute del Servizio sanitario nazionale, definendo le priorità, le collaborazioni con e tra i diversi organismi settoriali esistenti.

## 3. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: LE STRATEGIE PER LO SVILUPPO

### 3.1. Il Servizio sanitario nazionale: principi ispiratori, universalità del Servizio, equità, cooperazione

*Principi ispiratori*

Una riflessione sul Servizio sanitario nazionale deve necessariamente partire dalla considerazione che vi è un generale consenso nel Paese a mantenere le caratteristiche fondamentali dell'attuale Servizio sanitario nazionale, in particolare: universalità, sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate nel Paese, rispetto della libera scelta, pluralismo erogativo basato sul ruolo delle strutture pubbliche, delle strutture private accreditate non profit e di quelle private accreditate profit.
Il Servizio sanitario nazionale italiano è un sistema "universalistico", rivolto cioè a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro. Il PSN riafferma con energia, in quanto principio fondante, questo valore, a volte dato quasi per scontato, ma che costituisce una delle variabili più importanti nei confronti dei sistemi sanitari internazionali, e al tempo stesso lo rende operativo e leggibile.
Il PSN promuove, inoltre, l' equità del sistema, da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma di assicurare ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.
I sistemi sanitari riflettono le disuguaglianze della nostra società, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche e, per converso, possono risultare strumento per il contrasto delle conseguenze sulla salute di tali diverse condizioni. Per questo è rilevante perseguire con maggiore incisività l'obiettivo dell'equità e dell'equilibrio nella disponibilità di risorse, in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali.
L'accessibilità deve essere garantita per l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione soprattutto alle fasce economicamente più deboli, in quanto una mancata previsione di erogazione ed una consequenziale espulsione del bisogno verso settori libero-professionali a pagamento, corrisponderebbero alla negazione del diritto alla tutela della salute. E' da valutare attentamente, in relazione al dispiegamento dei modelli di salute regionali, la modalità attraverso la quale è garantito il diritto all'accessibilità alle fasce socialmente, economicamente o culturalmente disagiate.

*Obiettivi*

Il PSN fa propri gli obiettivi di salute già individuati dal PSN 2003-2005 ed in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.

L'ipotesi su cui si regge il nuovo Piano è che i vincoli, ma anche le opportunità, che emergono dall'analisi dei contesti condizioneranno fortemente il modo di essere del S.S.N. In questa situazione proprio la volontà di salvaguardare le caratteristiche di fondo del Servizio sanitario nazionale fa nascere il bisogno di necessari adeguamenti rispetto ai nuovi scenari in cui è chiamato ad operare. Senza tali adeguamenti la "forza delle cose" deformerebbe in maniera incontrollata il sistema.

A tal fine si richiama quanto già evidenziato nel paragrafo 2.3 in materia di superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali, quale asse portante nella programmazione sanitaria regionale.
Occorre tener presente l'esigenza di aggiustamenti strutturali dell'offerta. In particolare a fronte delle nuove esigenze emergenti (innalzamento dell'età media della popolazione e necessità di maggiori risorse) si impone una ristrutturazione della rete ospedaliera per acuti con adeguati investimenti e un impegno contemporaneo di valorizzazione del territorio.
Per garantire questo adeguamento è necessario puntare contemporaneamente:

- al miglioramento delle condizioni di salute;
- alla razionalizzazione degli interventi;
- all'implementazione di un processo di miglioramento qualitativo (anche sotto dei risultati di salute);
- alla razionalizzazione delle risorse e alla loro rifinalizzazione più appropriata, coinvolgendo i cittadini e le reti di cittadinanza in operazioni di governance creativa nelle quali cittadino, associazioni di tutela e reti di cittadinanza divengano sponsor e attori del sistema sanitario nazionale garantendo la partecipazione consapevole;
- al superamento del divario nell'offerta tra le diverse realtà regionali.

Uno degli elementi importanti per garantire l'equità è il governo della mobilità. Bisogna prendere atto della difficoltà legata alla diversità di stato dell'arte dell'evoluzione dei diversi servizi regionali: se infatti è condiviso da tutte la necessità di garantire livelli e qualità delle cure ai propri cittadini, evitando discriminazioni nell'accesso, di fatto attualmente non tutte le Regioni sono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio soprattutto per quanto riguarda le più evolute risposte tecnologiche e terapeutiche. D'altra parte è anche da evidenziare che, stante la disomogeneità della popolazione residente nelle diverse Regioni, non è efficace ed efficiente avere un approccio del "tutto ad ogni costo in ogni realtà": questo è il caso per esempio della alta tecnologia che per garantire un livello di qualità della risposta richiede un bacino di utenza a volte superiore di molto a un milione di persone o, invece, della alta specializzazione la cui qualità dell'offerta è direttamente proporzionale al numero dei casi trattati. Nel periodo di vigenza del Piano si promuoveranno nuove forme di mutualità reciproca e il governo della mobilità non dimenticando il nuovo contesto europeo in cui si colloca l'Italia.

Nel periodo di vigenza del Piano saranno definite regole e principi di comportamento a livello nazionale che trovino attuazione attraverso accordi tra le Regioni finalizzati ad ottimizzare e qualificare le prestazioni di alta specialità e promuovere l'autonomia regionale nella produzione di media – bassa complessità.

### 3.2. La garanzia e l'aggiornamento dei LEA

La prima linea di azione riguarda la prosecuzione del processo di attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) anche attraverso un perfezionamento della relativa disciplina, volto a precisare il rapporto dialettico tra la uniforme garanzia dei servizi e delle prestazioni assicurate a tutti i cittadini e la variabilità applicativa regionale.

In questo quadro alcune criticità in materia di Livelli Essenziali di Assistenza impongono, nel triennio, di:

- definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo potrebbe venire dalla contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale;

- aggiornare le liste delle prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative sviluppate nel corso degli ultimi anni, delle quali sia stata dimostrata l'efficacia clinica e/o l'economicità;
- definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità e inappropriatezza prescrittiva;
- affermare il principio che la garanzia dei livelli di assistenza implica la garanzia dell'accessibilità delle prestazioni, anche nel contesto delle isole minori e delle comunita' montane isolate, come previsto dal d.P.C.M. di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria del 29 novembre 2001;
- rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda e rimuovere i fattori che risultano di ostacolo all'esercizio del diritto ai livelli di assistenza a causa di:
  - carente diffusione dei servizi sul territorio: in alcune aree del territorio nazionale alcune tipologie di servizi ed attività assistenziali presentano ancora una diffusione insufficiente rispetto alle necessità della popolazione, in specie per quanto riguarda il livello dell'assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
  - onerosità della quota di partecipazione alla spesa: la disciplina in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, risalente agli anni 1993/1995, appare ormai inadatta a selezionare gli assistiti che hanno bisogno di un'agevolazione di natura economica per accedere alle prestazioni sanitarie;
  - disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche di alta complessità nelle diverse aree territoriali, così come è emerso da una analisi delle schede di dimissione ospedaliere che ha evidenziato che i cittadini residenti in alcune aree territoriali usufruiscono di alcune prestazioni, sicuramente efficaci ed in grado di incidere risolutivamente sulle specifiche condizioni patologiche, in misura significativamente inferiore dei cittadini residenti altrove;
  - liste di attesa: l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza. Per questo motivo, l'eccessiva lunghezza delle liste rappresenta, nei fatti, la negazione del diritto dei cittadini ad accedere ai livelli essenziali. La soluzione di questo problema è particolarmente complessa e richiede interventi volti sia alla razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sia alla qualificazione della domanda. Per questi aspetti ci si atterrà a quanto previsto dal Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa previsto dalla legge 23 dicembre 2005 n.266;
- superare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali anche attraverso il completamento del programma ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, che proprio nelle Regioni meridionali fa registrare ritardi notevoli rispetto alla tempistica mediamente registrabile a livello nazionale.

La garanzia dell'equità rende necessario che nel triennio di vigenza del PSN si individuino regole condivise sia sul versante dell'offerta (promovendo l'omogeneizzazione in ambito nazionale dei livelli di garanzia della qualità dei servizi, dello sviluppo del sistema informativo del SSN e tecnologie annesse, dei programmi di prevenzione e lotta alle malattie infettive vecchie e nuove), sia sul versante della domanda e delle condizioni di accesso (individuando le modalità per il governo della mobilità interregionale, lo sviluppo della comunicazione e della partecipazione dei cittadini, l'omogeneizzazione su scala nazionale delle modalità di accesso ai servizi, anche in riferimento al problema dei tempi di attesa).

L'equità non si può realizzare senza la promozione dell'appropriatezza. L'appropriatezza, nei suoi due classici significati di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse, è fortemente relazionata alla capacità del sistema di assicurare "equità" di erogazione di prestazioni, perché è evidente che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso le aree di maggior bisogno.

**3.3. La sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana**

Per quanto riguarda il contesto europeo, il livello di attenzione deve essere rivolto ai rapporti tra politiche europee e sistema della salute italiano, in relazione a tre aspetti principali:

- la dimensione della promozione della salute come affermata dall' Unione Europea attraverso piani e programmi a forte valenza intersettoriale;
- gli ambiti di armonizzazione su aspetti sanitari di competenza prevalentemente nazionale che la Commissione Europea promuove nel quadro delle politiche di sussidiarietà;
- il modello di relazioni basato sull'impiego del metodo aperto di coordinamento per la tutela e lo sviluppo della salute, della ricerca, della modernizzazione e diffusione dei processi di informazione e comunicazione interattiva anche in sede di formazione delle politiche comunitarie.

Sotto il primo aspetto, anche in carenza di specifici impegni derivanti dal Trattato, l'azione della Commissione Europea si muove nella direzione della promozione di piani e programmi (con particolare riferimento al vigente Programma comunitario nel campo della sanità pubblica 2003-2008 e allo schema di Programma Europeo di Salute Pubblica 2007-2013 proposto dalla Commissione e attualmente in discussione al Parlamento Europeo) a forte valenza intersettoriale attraverso specifiche azioni di incentivazione mirate alla cooperazione delle politiche e alla realizzazione di piattaforme europee di informazione, di conoscenza, di servizio e di valutazione.

Sotto il secondo aspetto, vale rilevare le attività in corso a livello comunitario in materia di:

- determinanti di salute ivi compreso il controllo della sicurezza del ciclo alimentare;
- controllo delle malattie trasmissibili;
- mobilità dei cittadini europei con abilitazione all'accesso a prestazioni qualitativamente omogenee;
- mobilità degli operatori sanitari;
- sviluppo dei Centri di riferimento europei;
- sicurezza dei pazienti;
- sviluppo della Società dell'informazione;
- processi di integrazione tra ricerca per la salute, impresa e finanza, anche in relazione allo sviluppo della formazione avanzata e alle modifiche delle modalità di costituzione ed accesso ai Fondi Strutturali per lo sviluppo delle piattaforme tecnologiche interistituzionali e intersettoriali.

Sotto il terzo aspetto, il Piano deve tenere in particolare conto delle indicazioni della Commissione Europea per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie. Il piano si deve sviluppare tenendo conto delle tre direttrici innovative su cui è impostata la politica dell'Unione Europea per un profilo europeo dei sistemi di salute:

- della "salute per tutti" con le sottospecifiche della copertura territoriale e dei processi di inclusione anche in relazione alla multiculturalità;
- dello sviluppo delle eccellenze sia per il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni europee, che per la valorizzazione dello know-how;
- valorizzazione delle soluzioni integrate con sviluppo di processi di analisi, modellizzazione e valutazione di impatto al fine di promuovere il trasferimento delle migliori pratiche europee in un quadro di sostenibilità economica.

Alla luce dei punti sopra esposti, il Piano sanitario nazionale persegue gli obiettivi sanitari previsti nel vigente Programma Comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) attuando, in tal modo, il necessario coordinamento dei piani sanitari regionali, e si ancora agli sviluppi normativi comunitari che in una varietà di settori (quali alimenti, medicinali, trapianti, inquinamento ambientale, tutela delle acque, etc) definiscono periodicamente i nuovi quadri di riferimento che le Regioni sono tenute ad attuare, ove necessario, previo recepimento delle normative in questione nel diritto nazionale.

Le priorità all'esame sono le seguenti:

- Rafforzare le sinergie tramite azioni e strumenti al fine di proteggere i cittadini dai rischi e dalle minacce che sfuggono al controllo dell'individuo; accrescere la capacità dei cittadini di decidere riguardo alla loro salute e ai loro interessi e integrare nelle altre politiche gli obiettivi della politica in materia di salute.

I principali strumenti e le azioni per il conseguimento degli obiettivi sono quelli finalizzati: (i) al miglioramento della comunicazione con i cittadini; (ii) ad accrescere la partecipazione delle associazioni dei cittadini, del volontariato e delle altre parti interessate all'elaborazione delle politiche in tema di salute; (iii) alla messa a punto di un approccio per integrare le questioni in tema di salute nelle altre politiche, per migliorare l'individuazione precoce, la valutazione e la comunicazione dei rischi sanitari; e (iv) promuovere la sicurezza dei prodotti e dei servizi destinati ai cittadini.

- Assicurare le necessarie azioni e misure di sostegno per proteggere i cittadini e reagire contro le minacce per la salute, incoraggiare strategie intese a favorire stili di vita più salutari, contribuire a ridurre l'incidenza delle principali malattie, migliorare l'efficienza e l'efficacia dei sistemi sanitari.

I principali strumenti e le azioni da attuare sono quelli finalizzati a: (i) rafforzare la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmissibili; (ii) reagire alle minacce per la salute, ivi incluse quelle derivanti dal terrorismo; (iii) promuovere la salute agendo sui determinanti degli stili di vita; (iv) prevenire malattie e lesioni attraverso l'identificazione delle migliori pratiche; (v) realizzare sinergie tra i sistemi sanitari e migliorare l'informazione e le conoscenze in materia di sanità in vista di una migliore sanità pubblica.

Un altro recente sviluppo a livello europeo riguarda il settore dell'assistenza sanitaria, nel quale sono state avviate numerose attività, fra le quali vi sono le seguenti:

a. facilitare l'offerta e l'acquisizione di cure sanitarie transfrontaliere, tramite la raccolta e lo scambio di informazioni, onde consentire la messa in comune delle capacità di cure, anche al fine di contrastare la formazione di lunghe liste di attesa;
b. scambiare informazioni sulla mobilità dei professionisti della salute e gestire le conseguenze di tale mobilità;
c. creare un sistema di cooperazione tra i diversi sistemi sanitari attraverso l'istituzione di Centri di riferimento e altre strutture di collaborazione per fronteggiare meglio a livello nazionale ed europeo i problemi connessi, ad es. alle malattie rare e ad altre patologie che richiedono interventi di alta specializzazione;

d. costituire una rete nazionale ed europea destinata a rafforzare la capacità di elaborare e scambiare dati e valutazioni in materia di tecnologie sanitarie. Ciò anche al fine di: (a) sviluppare informazioni comuni di base; (b) condividere criteri di valutazione; e (c) identificare priorità di lavoro comune;
e. sviluppare un sistema nazionale ed europeo di informazione sui sistemi sanitari e sulle cure mediche *on line* per pazienti, professionisti e responsabili dell'elaborazione delle politiche sanitarie;
f. sviluppare strumenti intesi a valutare l'impatto delle politiche nazionali e comunitarie diverse da quelle sanitarie sui sistemi sanitari e sulla salute al fine di sviluppare strumenti condivisi che possano essere saggiati e validati;
g. migliorare la sicurezza dei pazienti che si affidano alle cure dei servizi sanitari attraverso la messa a comune di esperienze e l'elaborazione congiunta di linee guida e sistemi di gestione.

Per quanto riguarda i processi di formazione degli atti comunitari si tratta di dare pronta attuazione alle norme generali sulla partecipazione dell'Italia, sulla base della caratterizzazione del Servizio sanitario nazionale come previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione, al processo normativo dell'Unione Europea e sulle procedure di esecuzione degli obblighi comunitari, ai sensi della Legge 4 febbraio 2005, n.11. Per quanto riguarda, infine, le attività curate dalle Organizzazioni internazionali e intergovernative, è necessario prevedere una specifica intesa tra livello centrale e sistemi regionali. Un'apposita procedura sarà posta in essere per assicurare una capillare e sistematica opera di informazione e partecipazione delle Istituzioni territoriali.

In conclusione, per quanto riguarda gli aspetti citati, il Ministero e il coordinamento sanitario delle Regioni e delle Province autonome, intendono, anche attraverso l'individuazione di specifiche strutture operative, a:

- mettere a punto un efficace sistema nel promuovere la partecipazione delle Regioni e Province autonome nonché di altre istituzioni ed aziende italiane a progetti incentivanti europei e alle politiche di collaborazione basate sulla sussidiarietà;
- assicurare un'efficace e costante informazione e coordinamento delle Regioni e Province autonome nel merito degli sviluppi a livello europeo in modo da innestare l'intero Servizio sanitario nazionale, nell'alveo del flusso dell'evoluzione comunitaria e del più ampio contesto europeo sia nella fase ascendente che discendente del processo decisionale.

### 3.4. La prevenzione sanitaria e la promozione della salute

La consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione nel contrastare l'insorgere delle patologie o nel contenerne gli effetti, ha portato in questi anni ad una crescita della sensibilità internazionale e nazionale sulla necessità di attivare organici interventi in tema di prevenzione, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze. Caratteristiche comuni agli interventi di prevenzione sono:

- le motivazioni etiche e di contrasto alle disuguaglianze: gli interventi hanno lo scopo di estendere azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi;
- l'ampia trasversalità, infatti numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere alla loro realizzazione: spesso gli interventi sono frutto di azioni coordinate all'interno del Servizio sanitario nazionale, altre volte devono essere realizzati tramite azioni intersettoriali che vedono coinvolte altre istituzioni, e pertanto devono essere condivisi e concertati dai diversi attori interessati, anche al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e i risultati.

Negli ultimi anni, il mondo istituzionale e quello scientifico hanno evidenziato come l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per una attiva promozione della salute dei cittadini, risultino maggiormente efficaci adottando un percorso metodologico che segue alcuni punti fondamentali:

- effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le "reti sanitarie" operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della Evidence Based Prevention);
- utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell' azione istituzionale;
- sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
- definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati.

Progressi evidenti sono stati effettuati nella direzione sopra indicata in tutte le aree di intervento della prevenzione; anche le normative e gli atti formali di riferimento tendono attualmente a privilegiare azioni di sistema per la realizzazione di processi che aiutino la crescita della "cultura della prevenzione", piuttosto che la mera erogazione di singole prestazioni. Esempi significativi di tale percorso culturale e metodologico che, peraltro, aderisce in senso istituzionale al nuovo rapporto tra Stato e Regioni determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, sono rappresentati:

- dal Piano di Prevenzione attiva, sull'adozione del quale hanno concordato il Ministro della Salute e gli Assessori Regionali nell'incontro di Cernobbio del 2004 su "Sanità futura" e successivamente approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome. Il documento è stato oggetto di accordo tra lo Stato e le Regioni per l'erogazione delle quote vincolate agli obiettivi di PSN 2003-2005, ed infine modificato ed integrato come Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, allegato 2 all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Tale piano ha in sé un nuovo modello di metodo di lavoro che riconosce un punto alto di integrazione istituzionale-scientifico tra i livelli di governo centrale ed i governi territoriali, rappresentato nel caso specifico dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM);
- dal documento approvato nella Conferenza delle Regioni e Province autonome, che recepisce le indicazioni del gruppo di lavoro misto per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, quale esempio di adozione anche a livello istituzionale del metodo della Evidence Based Prevention (EBP).

*La prevenzione primaria e la promozione della salute*

Dagli anni '80 si è fatta sempre più presente una nuova concezione della salute, non più obiettivo da raggiungere ma "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale…" che vede nelle "persone stesse la maggiore risorsa" (Carta di Ottawa 1986). La promozione della salute si realizza nei due ambiti, individuale e collettivo, in primo luogo tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad es. promuovendo l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita, e a livello delle collettività migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute.

A fianco di ciò, avvenimenti di carattere sopranazionale avvenuti nell'ultimo decennio hanno dimostrato come la prevenzione di rischi per la salute e la sicurezza della collettività deve essere realizzata attraverso la costruzione, e la costante manutenzione, di una rete di previsione, sorveglianza, controllo e gestione coordinata degli eventi.

Tale rete riconosce nodi territoriali, regionali e nazionali del sistema sanitario; contemporaneamente, in più casi riconosce la necessità di integrazione operativa tra reti del sistema sanitario e reti istituzionali diverse (ad esempio quella della protezione civile), sia per lo scambio rapido di informazioni, sia per eventuali interventi coordinati sul campo.

Quelle che seguono sono importanti esperienze già poste in essere o attualmente in corso:

- sul versante del monitoraggio degli stili di vita è iniziata nel 2005 l'attuazione, da parte di CCM, ISS e Regioni, del progetto "Passi per l'Italia" (ideato nell'ambito della progettazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario), finalizzato a sperimentare un sistema di sorveglianza di popolazione centrato sui fattori di rischio comportamentali e sulla diffusione delle misure di prevenzione all'interno della popolazione. L'obiettivo strategico del sistema è quello di fornire a Regioni e Aziende basi di dati tempestive e utili per la pianificazione, la realizzazione e la valutazione dell'azione in sanità pubblica;
- sul versante dei sistemi informativi per la conoscenza dei fenomeni, l'analisi delle cause degli stessi e la conseguente progettazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro basate sulle evidenze epidemiologiche. Dal 2002 INAIL, ISPESL, Regioni e Province autonome hanno sviluppato e reso operativo il progetto denominato "nuovi Flussi informativi" ed "analisi delle cause degli infortuni gravi e mortali";
- sul versante dei sistemi di allerta la BSE prima e la influenza aviaria attualmente hanno portato a sviluppare importantissime sinergie di sistemi in rete tra le strutture specifiche dei Dipartimenti di Prevenzione, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, le strutture tecniche del Ministero della Salute;
- sul versante della programmazione delle attività per contenere gli effetti calamitosi generalizzati sulla popolazione, recente è l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del piano di prevenzione in previsione della pandemia influenzale.

Tali esperienze sono importanti riferimenti per l'approfondimento di tematiche di coordinamento, che attualmente presentano criticità, e che possono esitare in utili accordi tra Stato e Regioni:

1. analisi dello stato attuale dei nodi del sistema della prevenzione primaria, ponendosi l'obiettivo di una revisione sistematica dei compiti delle varie istituzioni e dei livelli coinvolti;
2. organizzazione generale del sistema a livello nazionale e regionale e modalità di coordinamento tra i diversi attori (Stato, ISS, ISPESL, Regioni, IZS, ARPA ecc);
3. individuazione di metodologie condivise per la definizione delle priorità di sistema e delle conseguenti necessità di risorse;

4. ruolo e funzioni di una rete integrata per la sorveglianza epidemiologica e l'analisi dei dati;
5. valutazione delle necessità specifiche del sistema informativo, integrato nel più vasto ambito del sistema informativo sanitario.

Obiettivi di sistema prioritari da raggiungere nella durata temporale del presente Piano sono:

- il consolidamento in tutto il territorio nazionale della rete per la prevenzione collettiva territoriale rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione e consolidamento dei nodi tecnici regionali di supporto e coordinamento, nel rispetto dei diversi modelli organizzativi delle Regioni e Province autonome;
- la strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale, come funzione chiave per la conoscenza dei bisogni, il monitoraggio della efficacia degli interventi, il miglioramento della qualità dei flussi informativi e della capacità della loro gestione, finalizzate anche ad una più efficace e sintonica comunicazione istituzionale;
- la creazione e/o consolidamento, all'interno di tale rete, di nodi per il supporto alle azioni sul campo, che sappiano metodologicamente sviluppare programmi finalizzati alla promozione della salute, con particolare riferimento alle tecniche di comunicazione;
- il consolidamento del metodo di lavoro in rete, in cui i nodi, posti ai vari livelli istituzionali (territoriali e nazionali), condividano gli obiettivi, gli strumenti, le reciproche e complementari funzioni, divenendo - in una medesima filiera - "coproduttori" dei programmi di azione;
- il miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

Obiettivi di salute prioritari

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007, che viene confermato al 2008, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 definisce una parte delle priorità degli interventi di prevenzione da sviluppare nel prossimo triennio. A quel documento, così come alle linee guida emanate dal CCM successivamente per lo sviluppo dei programmi regionali, si rimanda relativamente alle tematiche in esso contenute, ovvero:

- la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
  - diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti,
  - prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino,
  - prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente,
  - prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti, cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
- gli screening :
  - dei tumori al seno
  - del cancro della cervice uterina
  - del cancro del colon- retto
- la prevenzione degli incidenti:
  - stradali
  - domestici
  - sul lavoro
- le vaccinazioni:
  - implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale
  - implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio
  - miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali.

Altri obiettivi

Si elencano di seguito gli altri obiettivi di prioritario interesse ai fini della prevenzione dei rischi e promozione della salute, che verranno sviluppati successivamente:

- lo sviluppo, in sinergia con la rete delle Agenzie per la Protezione Ambientale, di programmi per la tutela dell'ambiente, inteso quale fattore di qualità della salute, partendo dall'analisi dei dati epidemiologici integrati con quelli ambientali (cosiddetta epidemiologia ambientale);
- l'attuazione di programmi per il controllo e la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, in sintonia con le linee europee, consolidando i livelli di integrazione interistituzionale già presenti;
- la promozione della sicurezza alimentare con l'adeguamento agli standard europei di controllo basati sull'analisi del rischio secondo principi di efficacia ed imparzialità;
- la promozione della sanità pubblica veterinaria con la razionalizzazione delle attività di monitoraggio, il miglioramento del sistema di raccolta delle informazioni e l'implementazione delle anagrafi delle specie di maggior interesse zootecnico;
- l'individuazione di modelli operativi più efficaci per la promozione degli stili di vita sani. In particolare va potenziata e resa stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali da condursi sul modello della Behavioral Risk Factor Surveillance degli Stati Uniti, in modo da consentire un monitoraggio longitudinale delle modifiche nei comportamenti della popolazione ed una verifica di efficacia delle azioni poste in essere. Tra gli interventi sugli stili di vita si ritengono prioritari:
  - lo sviluppo di programmi multisettoriali di contrasto al tabagismo in linea con le indicazioni dell'OMS e dell'Unione Europea, che prevedano la prevenzione del fumo tra i giovani, il sostegno alle politiche di tutela dal fumo passivo e il supporto alla disassuefazione;
  - la promozione attiva di abitudini non sedentarie;
  - la promozione attiva di corrette abitudini alimentari anche attraverso il sostegno alla produzione e alla vendita di alimenti o di gruppi di alimenti il cui consumo abituale è associato a bassa frequenza delle patologie correlate a scorrette abitudini alimentari e le attività di counseling nutrizionale in tutte le occasioni di incontro tra operatori sanitari ed utenti/pazienti.

Tra le sinergie possibili per lo sviluppo di tutti i programmi di prevenzione e promozione della sicurezza e salute è certamente prioritaria quella con il mondo della scuola per la sua valenza formativa verso le classi di popolazione più giovane.

*La comunicazione istituzionale*

Indispensabile per l'ottenimento di risultati positivi in queste aree di attività è la capacità di saper gestire la comunicazione istituzionale: nonostante si siano sviluppate esperienze positive e di eccellenza, nel prossimo futuro dovrà maggiormente diffondersi in tutte le strutture del sistema sanitario la consapevolezza dell'importanza strategica di tali azioni e dovrà crescere parallelamente la capacità professionale nell'attuare le strategie comunicative. Pur essendo evidente che tutte le tematiche sopra trattate necessitano di interventi di comunicazione strutturati, si ritiene che possano risultare di particolare valore le strategie comunicative per alcuni argomenti in cui l'azione informativa, ai fini di modifiche comportamentali, è prevalente rispetto ad altri strumenti di azione (l'elenco è indicativo e non esaustivo):

- interventi di promozione della salute alla guida, con particolare riguardo al conseguente fenomeno degli incidenti stradali;

- sviluppo della comunicazione del rischio e dell'emergenza e, in particolare, sulla sensibilizzazione (a livello regionale e locale) della popolazione alle problematiche relative alle calamità di tipo chimico, fisico e biologico;
- sviluppo della comunicazione medico-paziente, al fine di migliorare la qualità del rapporto stesso e aumentare il livello di customer satisfaction;
- interventi di promozione della salute praticanti attività sportiva e fisica in senso più generale, con particolare riferimento al problema del doping e dell'utilizzo di integratori;
- interventi mirati a favorire la corretta convivenza tra le persone e gli animali domestici, nel rispetto delle esigenze sanitarie, ambientali e del benessere degli animali stessi, con specifiche iniziative sulle problematiche relative al rapporto uomo-animale da compagnia ed i conseguenti risvolti sociali (come il fenomeno degli abbandoni, del randagismo e della pet-therapy).

### 3.5. La riorganizzazione delle cure primarie

Un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. si riferisce alla riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Per raggiungere questo obiettivo occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

Nelle aree non urbane, nelle zone montane, nelle isole minori, o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche è necessario promuovere l'uso dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina, per i quali vanno definiti standard qualitativi, quantitativi e di accreditamento. Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (*intermediate health care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

Nell'area pediatrica va consolidata la centralità del pediatra di libera scelta, anche per garantire la continuità assistenziale la dove finora è stata carente. Anche in questo campo vanno attivate le diverse forme di integrazione ed aggregazione, nelle varie forme associative tra pediatri di libera scelta, in particolare nelle aree urbane, come ad es. la pediatria di gruppo, e, dove questo non è possibile, all'interno di studi medici in cui possano operare con i medici

di medicina generale, nell'ambito di una collaborazione che possa prevedere lo sviluppo della continuità di assistenza e cura dall'età pediatrica a quella adulta.

### 3.6. L'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali

I risultati ottenuti negli ultimi anni dalle attività regionali che, per le loro specificità, hanno richiesto un approccio a rete, in termini di sviluppo e qualità del sistema, devono spingere le Regioni, anche sulla base di specifiche intese, a sviluppare tale metodologia, favorendo lo sviluppo di reti nazionali di servizi clinici, assistenziali, di formazione, di ricerca. La realizzazione delle reti avrà come risultato anche un migliore utilizzo delle risorse e una maggiore garanzia di qualità delle cure.
Se si considera l'attuale sviluppo tecnologico ospedaliero con il conseguente incremento vertiginoso dei costi, in particolare della diagnostica per immagine, e l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, emerge la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Questi ospedali devono rappresentare lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consenta il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini.
Occorre quindi lavorare in due direzioni, da un lato per garantire funzionalità ed efficienza delle reti assistenziali aventi anche una valenza nazionale, dall'altro esplicitando quali reti, pur di valenza intraregionale, richiedono comunque un richiamo nel PSN.
Il concetto di rete va, infatti, sviluppato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza nella risposta, (emergenza urgenza), o interregionale per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (trapianti) ma anche rete per alcuni servizi (malattie rare), per i quali conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o anche rete come scelta delle Regioni di condividere alcune strutture per l'erogazione di alcuni servizi, tramite accordo tra piccole Regioni e grandi o tra Regioni viciniore. La rete in questo caso può servire da stimolo per una efficacia collaborazione interregionale e per colmare il divario Nord- Sud.
Il disegno in rete dei servizi dovrebbe proporre un modello di organizzazione regionale, per specifiche tipologie territoriali. Peraltro l'attuazione di sistemi di rete regionale, pur se adeguati a specifiche realtà, deve tener conto di norme e di una modellizzazione organizzativa e gestionale che renda la rete intraregionale compatibile con quella aziendale e quindi permetta di ottenere l'efficacia e l'efficienza stessa. In particolare si deve promuovere la realizzazione di nuovi sistemi di rete per quelle specialità non integrate in modelli di gestione, e potenziare le reti già esistenti, allargandone la competenza territoriale. Tra queste un ruolo particolare è rivestito dalla rete dell'emergenza-urgenza con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni, la neuroriabilitazione, dalla rete per i trapianti, dalla rete per le malattie rare.
Il Piano individua le reti di interesse nazionale e sovraregionale.

*La rete dell'emergenza-urgenza*
Il sistema dell'Emergenza sanitaria è formato da una fase di allarme assicurata dalla Centrale Operativa alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118" e da due fasi di risposta, quella Territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio, e quella Ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di P.S. e di DEA di I e II livello.
Per quanto attiene alle maxiemergenze o alle emergenze la cui gestione coinvolge varie istituzioni l'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato la necessità di intervento congiunto

di Regioni, amministrazioni centrali statali quali i Ministeri e la Protezione civile, organizzazioni nazionali governative e non; a questo scopo di volta in volta sono stati individuati modelli di cooperazione che permettessero di affrontare il problema emergente, senza però evitare rischi di sovrapposizioni o attriti istituzionali. Nel triennio di vigenza del PSN si affronterà questo tema delineando la cornice di riferimento e indicando gli strumenti in cui i diversi soggetti, per le rispettive competenze, riescano ad agire in modo coordinato ed efficiente.

*La rete delle malattie rare*

Lo sforzo già compiuto nel triennio 2003-2005 per la tutela dei soggetti affetti da malattie rare dovrà essere intensificato. Se è vero, infatti, che le Regioni hanno formalmente individuato i presidi deputati alla diagnosi delle malattie ed alla presa in carico dei pazienti, è anche vero che la costituzione della Rete è ancora agli inizi e la collaborazione tra i presidi deve essere fortemente implementata. E' necessario che si attuino azioni atte a garantire ai pazienti con malattie rare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale. Per molte delle malattie rare comprese nell'elenco allegato al decreto ministeriale 18 maggio 2001 n. 279 è ragionevole ritenere che in ogni Regione possa essere garantito un approccio adeguato, funzionale ad evitare gravosi spostamenti di pazienti. E' pur vero che per malattie estremamente rare, così come per quelle che richiedono trattamenti particolarmente impegnativi, si dovrà giungere all'identificazione di presidi di riferimento sovraregionali o nazionali, che opportunamente supportati, possano garantire assistenza superspecialistica per il periodo necessario e che si raccordino con i centri vicini al domicilio dei pazienti per quanto riguarda il monitoraggio più a lungo termine.

Il potenziamento della Rete per le malattie rare dovrà infine tendere non solo a garantire l'assistenza ai pazienti al meglio delle attuali potenzialità, ma anche a sviluppare azioni che contribuiscono a migliorare le possibilità di cura oggi inadeguate per la maggior parte di queste patologie.

Le principali azioni da sviluppare nel triennio sono le seguenti:

- sviluppare i rapporti tra i presidi della Rete per diffondere e consolidare protocolli diagnostici e terapeutici per le malattie rare;
- promuovere l'integrazione delle competenze per garantire sia un approccio multidisciplinare a condizione complesse che maggiori possibilità di successo nella ricerca;
- diffondere nella popolazione le informazioni sui presidi della Rete, anche attraverso le associazioni dei malati e dei loro familiari, per garantire una diagnosi ed una presa in carico tempestiva ed evitare gli accessi ripetuti presso strutture sanitarie prive della necessaria esperienza specifica;
- aggiornare l'elenco delle malattie rare allegato al decreto ministeriale n. 279/2001, sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore;
- consolidare l'attività del Registro nazionale delle malattie rare istituito presso l'Istituto Superiore di sanità, sviluppando ed omogeneizzando l'attività dei Registri regionali;
- sviluppare programmi di ricerca sulla diagnosi ed il trattamento delle malattie rare e favorire la disponibilità dei farmaci orfani
- promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

*La rete trasfusionale*

Occorre dare attuazione alla direttiva 2002/98/CE, del Parlamento Europeo e del Consiglio (che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti e che modifica la direttiva 2001/83/CE) e delle direttive di Commissione alla predetta correlate. A tale fine è

necessario provvedere alla organizzazione ed attuazione dei sistemi ispettivo, di qualità, di emovigilanza e di notifica eventi avversi.

Per quanto riguarda l'Italia il nuovo modello sanitario federalista lancia una grande sfida alle amministrazioni centrali e regionali, alle associazioni e federazioni dei donatori e ai professionisti delle società scientifiche, affinché, nel perseguimento dell'autosufficienza nazionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, sia realizzato il rispetto dell'uniformità nazionale dei livelli essenziali trasfusionali, sia nelle competenze produttive sia nelle funzioni cliniche ed assistenziali, rispettando il criterio su cui si basa il servizio trasfusionale italiano, che mantiene in un unico processo completo la donazione e la trasfusione.
L'impegno all'introduzione del sistema di gestione della qualità (accreditamento istituzionale e di eccellenza) rappresenta l'obiettivo generale, che dovrà essere raggiunto contemporaneamente ai paesi europei, dando efficacia agli obiettivi di sistema, misurabili essenzialmente attraverso un costante benchmark sanitario e gestionale, interno ad ogni regione ed aperto al confronto fra realtà regionali ed europee.
Pertanto, in questa ottica, gli obiettivi di sistema restano:

a) il raggiungimento e mantenimento della costante autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, e dunque il costante soddisfacimento della domanda trasfusionale, con ricorso al supporto interregionale per le sole condizioni di oggettiva e insuperabile carenza;
b) la realizzazione di sempre maggiori livelli di sicurezza trasfusionale sotto il profilo immunologico e infettivologico, all'interno di modelli organizzativi regionali con elevata capacità in termini di esperienza professionale e innovazione tecnologica;
c) l'applicazione diffusa dell'appropriatezza clinica in ambito trasfusionale con l'adozione di riscontrabili, specifici e condivisibili indicatori di output e di outcome; il potenziamento di pratiche alternative alla trasfusione allogenica;
d) lo sviluppo di tecnologie terapeutiche basate sui precursori ematopoietici, che si affianchino e permettano l'evoluzione dell'attuale metodologia trasfusionale;

Gli strumenti per realizzare gli obiettivi indicati sono pienamente rappresentati nella nuova normativa (legge 21 ottobre 2005, n.219) e si riassumono sia in atti di indirizzo e azioni di verifica da parte delle Regioni che devono adottare modelli organizzativi trasfusionali sempre più adeguati alla loro rete ospedaliera e sanitaria, sia nel ruolo di indirizzo affidato al Ministero della salute, che potrà avvalersi dell'istituendo Centro Nazionale Sangue, con la collaborazione delle Associazioni e Federazioni dei Donatori volontari per l'attuazione di campagne nazionali.

*La rete dei trapianti*

A questo riguardo è opportuno evidenziare che l'Italia della donazione e del trapianto di organi, tessuti e cellule è in crescita. Fino a 10 anni fa, l'Italia era il Paese europeo con il più basso numero di donazioni per milione di abitanti. Oggi la situazione è cambiata e constatiamo che l'Italia con oltre 21 donatori per milione di popolazione è il secondo tra i grandi paesi europei, dopo la Spagna. Accanto a questo dato fondamentale il nostro paese è ai vertici europei per il sistema organizzativo (la rete trapiantologica), per lo sviluppo del sistema informativo, per la rete della sicurezza e per la qualità delle prestazioni.

Nel settore degli organi, nonostante i risultati ottenuti, l'Italia non appare in grado di garantire il totale soddisfacimento delle richieste assistenziali, che si rivelano in costante aumento, così che i pazienti in attesa sono pari a 3 volte il numero dei trapianti effettuati in un anno.

Le cause principali di tale carenza possono essere indicate nei seguenti punti:

- molti potenziali donatori non vengono ancora sistematicamente identificati;

- il numero dei posti letto nelle rianimazioni è in molte Regioni insufficiente rispetto alle necessità;
- il trasporto dei pazienti neurolesi verso le rianimazioni, dove potrebbero essere adeguatamente trattati, è inferiore alle necessità per inefficienze organizzative;
- il tempo di attesa medio per un rene è di 3 anni, per un cuore 2 anni, per un fegato quasi 2 anni.

Accanto a ciò, va sottolineato che i livelli di attività sono disomogenei tra le diverse Regioni, sia in termini di donazioni, sia in termini di trapianti. L'aumento di attività registrato negli ultimi anni, infatti, non ha ridotto le differenze esistenti tra il numero dei donatori e dei trapianti registrati al nord e quelli delle Regioni meridionali, dove le carenze sopra indicate si manifestano in modo accentuato.

Per quanto attiene alla *rete dei trapianti* gli obiettivi sono individuati in tre ambiti tematici:

1. Trapianti di organo:
- ridurre il divario fra le Regioni in termini di attività di reperimento donatori;
- favorire la migliore utilizzazione degli organi disponibili;
- verificare la possibilità che, nei casi opportuni, vengano utilizzati organi anche da donatore vivente;
- rendere sempre più trasparenti e uniformi i criteri di ammissione del paziente al trapianto;
- proseguire la valutazione di qualità dell'attività di trapianto di organi compresa la sorveglianza sugli esiti;
- verificare il recepimento e l'applicazione delle linee guida a livello regionale;
- adeguare il Sistema Informativo Trapianti alla direttiva europea in termini di tracciabilità e gestione degli eventi avversi;
- sviluppare le iniziative italiane nel settore dei trapianti a livello europeo;
- sviluppare il sistema di accordi bilaterali con i paesi esteri;
- favorire lo sviluppo di attività di ricerca e sperimentazione connesse alle attività di trapianto;
- promuovere adeguate campagne di informazione rivolte ai cittadini, con il concorso delle Associazioni dei pazienti e dei volontari;
- promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- iniziare un'opera di prevenzione al fine di ridurre l'incidenza di patologie che conducono all'insufficienza d'organo e quindi alla domanda di trapianto.

2. Trapianti di tessuto
- predisporre un Piano nazionale per prelievo, conservazione, distribuzione e certificazione dei tessuti;
- promuovere l'applicazione della Direttiva europea e il conferimento ai centri regionali di riferimento delle funzioni loro attribuite;
- estendere ed implementare il sistema informativo per quanto riguarda l'attività di procurement, di banking, di trapianto e follow-up dei tessuti;
- promuovere lo sviluppo della donazione e del trapianto dei tessuti nelle Regioni meridionali.

3. Trapianti di cellule
- prevedere che il flusso informativo dei dati relativi ai trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti;
- attivare le procedure di sportello unico per la richiesta di terapie con cellule staminali emopoietiche;

- estendere il modello di valutazione degli esiti dei trapianti di organi a quello del trapianto di cellule emopoietiche;
- realizzare il coordinamento nazionale delle attività delle strutture per la preparazione di prodotti cellulari a scopo terapeutico nell'uomo, "cell factories";
- partecipare alla stesure delle normative europee riguardanti i settori del trapianto e della terapia cellulare.

Per quanto concerne le linee operative è necessario:
- predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento, un supporto psicologico e di aiuto;
- realizzare la selezione dei riceventi il trapianto con algoritmi condivisi e procedure informatizzate, documentando ogni passaggio del processo decisionale;
- valutare e rendere pubblici i risultati delle attività di prelievo e trapianto di organi;
- supportare l'attivazione di procedure informatiche standardizzate soprattutto per la gestione delle liste di attesa;
- sorvegliare il rispetto delle Linee Guida per i trapianti da donatore vivente attivando in particolare l'organismo di parte terza ivi previsto per informare correttamente le parti in causa sui vantaggi e svantaggi delle procedure;
- monitorare l'attività delle singole Regioni circa i prelievi di tessuti umani e la loro utilizzazione, l'attivazione di banche dei tessuti regionali o interregionali, il loro accreditamento e la loro funzionalità;
- avviare il programma nazionale di trapianto di rene per i pazienti di difficile trapiantabilità;
- istituire l'archivio biologico nazionale per la sicurezza della rete trapiantologia;
- inserire anche i trapianti di cellule staminali emopoietiche tra i trapianti d'organo e da tessuti.

### 3.7. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

In questi anni è sempre più maturata la consapevolezza che occorre promuovere un nuovo modo di fare assistenza fondato sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, al raggiungimento di obiettivi comuni. Una modalità operativa in questa direzione è rappresentata dall'elaborazione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale che sappiano calare le linee guida scientifiche, validate e condivise, nel peculiare contesto organizzativo locale o regionale in cui i professionisti si trovano ad operare.
L'attivazione di reti integrate, anche per l'età pediatrica, il cui coordinamento può essere attribuito, ferma restando l'autonomia regionale, al distretto, vede quindi il SSN formulare percorsi assistenziali complessi a diverso grado di protezione ed intensità di cura partendo da una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare del bisogno.
La rete è finalizzata all'integrazione tra la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, e facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, contenere i costi, permettere il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni procedendo alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi, e migliorando la *compliance* del paziente, educandolo e responsabilizzandolo, al tempo stesso, alla gestione della malattia. Uno strumento validissimo per l'integrazione della rete viene dallo sviluppo della telemedicina che, portata al domicilio, facilita la deospedalizzazione dei pazienti cronici e costituisce parte della rete socio-sanitaria.

Per raggiungere questi obiettivi vanno superate le difficoltà oggettive all'integrazione ed implementati i segmenti della rete non ancora perfettamente funzionanti. In particolare va

raccordato il sistema delle cure ospedaliere con quello delle cure primarie e va progettato un sistema integrato di coordinamento tra queste ultime ed il livello specialistico territoriale ed ospedaliero per la continuità delle cure sia dei pazienti cronici che di quelli post acuti. L'ospedale deve adottare procedure di raccordo con il Medico di medicina generale ed i servizi territoriali per l'attivazione delle risposte sanitarie corrispondenti ai bisogni del paziente dimesso, nel rispetto della continuità delle cure e della tempestività delle stesse. Va enfatizzato il ruolo del medico di medicina generale, componente fondamentale delle reti di assistenza, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare la funzione centrale del sistema.
La componente di residenzialità della rete deve essere limitata quanto più possibile ai casi con rilevante compromissione dell'autosufficienza, e, preso atto dell'ampia variabilità dei bisogni, le residenze dovrebbero prevedere nuclei con finalità specifiche: luoghi di sollievo per la persona disabile e la famiglia, nuclei per preminenti esigenze riabilitative o per problematiche cliniche temporanee, ecc. Infine occorre implementare i sistemi informativi esistenti per avere una conoscenza certa dei bisogni, dell'offerta, della qualità dei servizi e degli esiti.
La rete, di cui sono parte essenziale e qualificante gli specialisti ambulatoriali interni, sarà in grado di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente ed il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

I campi nei quali l'integrazione è particolarmente necessaria sono quelli delle patologie neoplastiche e delle patologie croniche, sia congenite che acquisite, quali ad es. le patologie respiratorie, osteoarticolari, neurologiche, gastrointestinali che si accompagnano spesso a disabilità, a progressiva diminuzione della funzionalità a carico degli apparati e conseguente perdita del grado di autonomia delle persone affette.

### 3.8. L' integrazione socio-sanitaria

L'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici non è di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali. Si tratta di un'area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.
Con il d.P.C.M. 29 novembre 2001, che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, all'Allegato 1 C, sono elencate le prestazioni che fanno capo all'area di integrazione socio-sanitaria ed è precisato che l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.
In tale contesto assume rilevanza strategica la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.
Il momento di programmazione rappresenta, in un'area come quella dell'integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (S.S.R. e Comuni), il momento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità, in relazione alle basi conoscitive rappresentate dai bisogni presenti sul territorio, dal sistema di offerta e dalle risorse disponibili in capo a ciascun comparto.
Quale momento fondamentale facente capo ad un duplice sistema, il problema principale è costituito dalla necessità di realizzare concretamente una programmazione partecipata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.
Per un'ottimale organizzazione, gestione ed impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale, nella quale i diversi attori del sistema si confrontino, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse.
L'evoluzione della domanda di salute pone la necessità di intervenire in modo diverso in tema di salute, al fine di garantire e organizzare servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.
La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso nell'accezione ampia del termine che coinvolge ambedue le componenti interessate, si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati e di continuità delle cure, che garantiscono un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti ed un intervento a rete. La famiglia è uno dei nodi della rete, al pari degli altri ambiti considerati, poiché essa riveste il doppio ruolo di espressione di richiesta assistenziale e di risorsa con cui instaurare un'alleanza terapeutica forte, soprattutto per la cura delle patologie croniche. Tale approccio assistenziale richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo capace di cogliere le specificità delle situazioni, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone.
Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.
La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.
Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto un problema non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale.
Nel sistema dell'integrazione socio sanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini (d.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) Tuttavia l'esperienza maturata in alcune Regioni di accordi-quadro col sistema delle autonomie locali ha consentito, in tali realtà, un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati. Si richiama, a tal fine, la previsione degli Accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata. Obiettivo del triennio è quello di promuovere la generalizzazione di tali esperienze, in modo da rendere realmente integrabili a favore del cittadino sia i livelli essenziali delle prestazioni sociali e che quelli delle prestazioni sanitarie (LEA), almeno in riferimento alle aree prestazionali individuate dall'Allegato 1C del d.P.C.M. 29 novembre 2001, finalizzando, a tale scopo, una parte delle risorse destinate agli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale.
In questo contesto il PSN promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente

(salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

### 3.9. Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura

Il nostro Paese è impegnato da oltre dieci anni in numerose iniziative volte al contrasto del dolore all'interno dei percorsi assistenziali sanitari. La realizzazione del Programma Nazionale per le cure palliative e per la implementazione della relativa rete è stata la prima iniziativa finalizzata a migliorare l'offerta assistenziale per i malati affetti da malattie inguaribili, primariamente ma non esclusivamente riferita ai neoplastici, anche al fine di promuovere il contenimento della sofferenza globale caratteristica delle fasi finali della vita.

Successivamente, per superare le limitazioni della precedente legislazione sui farmaci analgesici oppiacei, al fine di agevolarne la prescrizione e l'utilizzo, sono stati emanati alcuni provvedimenti normativi (legge 8 gennaio 2001, n. 12 e relativi decreti attuativi), che regolamentano e facilitano l'uso degli analgesici oppiacei anche nel settore dell'assistenza domiciliare. Le nuove norme sono valide oltre che per il trattamento del dolore secondario a neoplasia anche per la cura delle gravi forme di dolore secondario ad altre patologie. Con tali azioni si è voluto offrire agli operatori sanitari la possibilità di utilizzare questi farmaci con maggior facilità, consentendo la realizzazione di interventi sempre più efficaci nell'eliminare o ridurre il dolore. Nonostante ciò, l' Italia è tra gli ultimi Paesi europei per quanto riguarda il consumo di farmaci analgesici oppiacei. In tal senso va valutato quanto riportato nella Raccomandazione n. 34/2003 del Comitato dei Ministri del Consiglio dei Ministri Europei, in cui si afferma che i governi europei dovrebbero rivedere le normative in vigore in materia di accesso agli oppioidi per il trattamento del dolore in modo da renderne più agevole la prescrizione e la somministrazione.

Per migliorare l'organizzazione di processi assistenziali in funzione del controllo del dolore il 24 maggio 2001 lo Stato, le Regioni e le Province autonome hanno stipulato l'accordo "Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore".
L'Accordo è ampio e articolato. Occorre, pertanto, operare per una sua piena attuazione, in particolar modo per l'elaborazione di specifici protocolli nei differenti tipi di dolore e per la sua puntuale rilevazione, recependo le Linee guida nazionali ed internazionali già disponibili. In questa direzione può essere seguito l'esempio di alcuni Paesi europei che hanno aggiunto l'"Intensità del dolore" ai 4 classici parametri rilevati durante i ricoveri ospedalieri.
Infine, in sintonia con l'Accordo, va garantita la diffusione della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dall'Ospedale, in primis avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS.
La formazione degli operatori ospedalieri e territoriali va realizzata nell'ambito del programma di ECM.
La lotta al dolore deve essere potenziata anche nei settori nei quali, anche a causa di limiti culturali non ancora superati, esso è spesso misconosciuto e sotto trattato, come durante il travaglio e il parto per via naturale, in ambito post-operatorio e in Pronto Soccorso.
A tale riguardo va ricordato che alcune Regioni hanno previsto specifiche modalità volte alla incentivazione della realizzazione del "parto indolore".
Va, inoltre, sensibilizzata la cittadinanza in tema di cura del dolore e del diritto al suo superamento. In tal senso, accanto alle iniziative di carattere sanitario, sono state già realizzati importanti eventi come la "Giornata Nazionale del Sollievo", indetta secondo la direttiva della Presidenza del Consiglio, con cadenza annuale con l'obiettivo di sensibilizzare e promuovere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale, soprattutto per i malati inguaribili. In

uno studio presentato in occasione dell'ultima Giornata Nazionale, i dati rilevati confermano come il dolore nei pazienti ricoverati è spesso sottostimato e trattato in misura insufficiente.
Occorre pertanto moltiplicare l'impegno del Servizio sanitario nazionale nella lotta al dolore per il carattere etico ed umanitario che la connota e perché essa è indice di qualità dei Sistemi Sanitari.
Un passo in questa direzione è il completamento della definizione di Linee Guida Nazionali sul trattamento del dolore nel bambino e nell'adulto, mediante il Sistema Nazionale Linee Guida e l'integrazione con le iniziative europee ed internazionali, partecipando alle attività di network già operativi nella lotta contro il dolore.

Accanto alla lotta al dolore, vanno attivati, nei percorsi sanitari, gli interventi volti a promuovere l'umanizzazione delle cure, nella consapevolezza che il fulcro del Servizio Sanitario è rappresentato dalla persona malata, nella garanzia del rispetto della sua dignità, identità e autonomia. In primo luogo va migliorato il rapporto tra malato, medico e operatori sanitari, in termini di qualità della comunicazione, di livelli di comprensione e di trasmissione di empatia. Deve essere stimolata in tutto il personale sanitario, socio-sanitario, socio assistenziale e amministrativo la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto e alla comunicazione. E' importante che al paziente venga assicurato il necessario supporto psicologico, quando le sue condizioni cliniche lo richiedano, per la gravità della patologia o dell'evento occorso o per gli effetti che la stessa può comportare in diversi ambiti culturali o in particolari condizioni sociali.

### 3.10. La rete assistenziale per le cure palliative

Allo stato attuale occorre recuperare il ritardo accumulato nell'attuazione del Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, istituito con il decreto ministeriale 28 settembre 1999. Attualmente sono attive solo 61 strutture tra pubbliche e private accreditate; 31 delle quali realizzate con gli stanziamenti statali, a fronte delle 201 strutture approvate per il completamento del Programma nazionale. Le strutture esistenti presentano un elevato standard qualitativo sia in termini della qualità strutturale sia per quel che attiene l'assistenza erogata, dimostrando la validità dei presupposti programmatori e stimolando il completamento della rete.

I programmi regionali, di attuazione del programma nazionale, integrano lo sviluppo dei centri residenziali di cure palliative-hospice nella rete assistenziale per le cure palliative definita con il citato decreto e promuovono in particolare l'intervento assistenziale al domicilio del paziente, al fine di consentire la continuità assistenziale.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido e non sempre programmabili, rende necessario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti. La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione. La rete deve offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, garantendo, ove necessario e richiesto, un adeguato intervento religioso e psicologico.
Particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, tenuto conto della considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a

quelli presentati nell'età adulta e anziana, della grande varietà e frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione e dell'intervallo temporale interessato a tali cure spesso assai lungo e non prevedibile. Per quanto sopra esposto si ritiene indispensabile l'organizzazione di reti di cure palliative dedicate a questa fascia di popolazione, che permettano di garantire la qualità e la specialità degli interventi richiesti unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico del bambino e della sua famiglia. Tali reti dovranno essere rispettose delle scelte delle famiglie dei soggetti coinvolti e supportate da specifiche dotazioni di risorse. La relativa rarità dei problemi da affrontare richiede lo sviluppo di reti con ampi bacini di utenza, che potranno di volta in volta essere garantiti dall'azione programmatoria delle singole Regioni o di volontarie aggregazioni di esse.

Inoltre, anche nella fase che segue la morte della persona malata, in base a numerose esperienze internazionali e nazionali, risulta sempre più evidente la necessità di offrire interventi di supporto al lutto dei familiari, qualora se ne ravvisi la necessità.

La rete di cure palliative deve essere flessibile ed articolabile sulla base delle scelte regionali, d'altro canto la diversa organizzazione regionale deve comunque garantire in tutto il Paese una risposta adeguata alle necessità dei malati e delle loro famiglie. Dovrà essere stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di volontariato, attive da anni nel settore delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare e negli hospice, nel rispetto di standard di autorizzazione/accreditamento precedentemente definiti a livello nazionale e regionale.
In attesa della realizzazione di un iter professionale specifico per le cure palliative, definito a livello universitario per ciascuna figura professionale, è comunque necessario che la formazione degli operatori venga realizzata in base a programmi propedeutici e continui il più possibilmente omogenei a livello nazionale e regionale.

## 4. STRATEGIE DEL SISTEMA

### 4.1. Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo

Nel triennio 2006-2008 occorre perseguire il rilancio della ricerca per la salute. Come indicato nelle premesse e negli obiettivi del presente Piano, la filiera che lega nel sistema per la salute la ricerca, il trasferimento, i processi di innovazione e lo sviluppo delle conoscenze operative, è un fattore in grado non solo di garantire l'adeguamento costante e tempestivo del nostro sistema sanitario alle innovazioni in campo scientifico e tecnologico, ma anche in grado favorire lo sviluppo complessivo del sistema Paese quale leva maggiore sia nell'ambito dello specifico settore sia nell'ambito dei settori correlati e dell'indotto. Il rilancio della ricerca sanitaria è un obiettivo primario del Paese che deve essere conseguito con una stretta integrazione tra diverse tipologie di ricerca, ed in particolare tra ricerca biomedica e ricerca sui servizi sanitari. Esso si realizza, per dare risposta all'esigenza di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale attraverso programmi di ricerca, sviluppo, trasferimento, adozione, attuazione e manutenzione, corrispondenti alla strutturazione di filiere sul modello di quelle realizzate nell'ambito dei sistemi per la salute dalle esperienze europee più avanzate oggi ricomprese nel modello di Programma Quadro dell'Unione Europea sotto il nome di 'piattaforme tecnologiche'. Questo comporta una complessiva rivisitazione del meccanismo attraverso il quale si determinano le priorità e si identifica il fabbisogno per il sostegno alla filiera. Si indicano in particolare i seguenti elementi principali:

1. il finanziamento della ricerca deve essere indirizzato in base ad una schedulazione pluriennale che deve essere congruente con le linee strategiche e i processi attivi a livello europeo ed internazionale, favorendo lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra gli attori del Servizio Sanitario, i Centri di ricerca, le Imprese e gli stakeholders territoriali. Il ruolo di coordinamento deve essere condotto, nel rispetto delle competenze istituzionali, presso il Ministero della Salute, dalla Commissione nazionale della ricerca. Ciò anche per il ruolo che Ministero della salute svolge quale attore di raccordo tra gli enti statali, regionali e territoriali;
2. la selezione dei progetti finanziabili deve essere raccordata alla pianificazione nazionale in materia di infrastrutture tecnologiche e informative, evitando le duplicazioni di investimento, le sovrapposizioni o il finanziamento di progetti manifestamente estranei ai processi di standardizzazione e omogeneo dispiegamento operativo;
3. deve essere prevista l'integrazione delle attività degli IRCCS, delle Aziende sanitarie, con particolare riferimento alle aziende Ospedaliero-Universitarie, con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse di conoscenza, tecnico-operative, di skills professionali e finanziarie, ad accedere a processi di finanziamento europei ed internazionali sia sul piano della ricerca di base che su quello della ricerca finalizzata, precompetitiva e del trasferimento di impresa;
4. va sviluppata nelle Regioni e all'interno delle aziende sanitarie, la capacità di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSN, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza, che comporti la capacità di valutare e tempestivamente adottare le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimarne l'impatto economico e, soprattutto, analizzarne il possibile impatto sull'organizzazione e le possibili ricadute sulla programmazione locale e regionale dei servizi;

5. deve essere incentivata la relazione fra il sistema per la salute e il sistema industriale e commerciale, con particolare riferimento alle industrie chimico-farmaceutiche, biomedicali e delle tecnologie dell'informazione e comunicazione, favorendo lo sviluppo di sinergie controllate nel settore della ricerca e della formazione che, pur assicurando priorità e vincoli del sistema pubblico per la salute, consentano il dispiegamento di programmi di ricerca cofinanziati su tematiche di reciproco interesse ed impegno;
6. è necessario studiare e proporre innovativi strumenti di potenziamento e gestione del sistema della ricerca in relazione al complesso delle attività, allo sviluppo di singoli progetti, alla realizzazione di attività di filiera, favorendo lo sviluppo di sistemi di supporto alla progettazione, alla negoziazione e all'accounting dei progetti a livello nazionale ed internazionale anche attraverso l'individuazione di specifiche partnership professionali e la valorizzazione dei circuiti informativi e di conoscenza. Tutto ciò prevede il coinvolgimento di tutti gli attori del SSN utilizzando gli appositi luoghi istituzionali di coordinamento, al fine di evitare la frammentazione delle proposte e dei risultati.

E' ormai matura la consapevolezza che la sfida sulla salute si possa vincere soltanto attraverso una ricerca caratterizzata da una visione unitaria, comuni obiettivi e dunque costante interscambio, facendo convergere con pari dignità discipline diverse, da quelle mediche e infermieristiche, a quelle economiche, ingegneristiche, epidemiologiche, statistiche e informatiche.
Gli strumenti di tale politica andranno poi concretizzati in via prioritaria nel procedere alla costruzione di alcuni modelli sperimentali patologici che abbiano una correlazione con le più importanti malattie comuni e rare, associando le conoscenze cliniche a quelle gestionali-organizzative.

*La promozione della ricerca sanitaria*

Il rilancio della ricerca è obiettivo primario del presente Piano: si tratta di coordinare e valorizzare iniziative e professionalità già presenti nel SSN in una visione unitaria che consenta di impostare una vera e propria politica di Ricerca e Sviluppo con il coinvolgimento del Ministero della Salute, del Ministero della Ricerca, del Ministero dell'Innovazione, del Ministero dell'Economia e Finanze, dei Centri di ricerca nazionali e regionali Il Programma di Ricerca Sanitaria (PRS) (ex art.12 bis, comma 3, d. lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni), tenendo conto degli obiettivi individuati nel Piano sanitario nazionale, dovrà definire su base triennale le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate, prevedendo anche le necessarie modalità di coordinamento con il programma Nazionale per la Ricerca 2005/2007 e assicurando le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extraeuropea.
Nel triennio di competenza 2003-2005, sono stati raggiunti notevoli risultati nella promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, Istituti di Ricerca, Istituti di Cura, Associazioni scientifiche, Associazioni di malati e Associazioni attive nel campo del volontariato, con un'indubbia positiva ricaduta sul SSN.
Per quanto attiene alla Ricerca Europea, si evidenzia che è stata implementata la partecipazione degli istituti pubblici e privati ai progetti di ricerca del VI° Programma Quadro dell'Unione Europea ma che la partecipazione diretta del sistema Paese al piano dei finanziamenti europei in materia di ricerca è ancora estremamente ridotto e, sotto il profilo della visibilità, marginale, anche a causa di interventi non coordinati di tutti gli enti con conseguente azione presso l'Unione Europea frammentaria e contraddittoria.

L'impegno del presente Piano è quindi quello di sviluppare ogni possibile azione di sostegno per la selezione dei progetti candidabili al finanziamento europeo anche attraverso la

predisposizione di apposite strutture di supporto alla progettazione, alla negoziazione e all'accounting dei progetti identificati a livello delle adeguate sedi istituzionali anche al fine di renderle immediatamente disponibili e condivise a tutti gli attori del SSN.
Per favorire la cooperazione delle imprese pubbliche e private nella ricerca, è stata attivata la politica dei cofinanziamenti, al fine di aumentare la massa critica finanziaria disponibile, in un momento di particolare carenza di fondi. Un maggiore impiego di cofinanziamenti nel campo della ricerca sanitaria appare auspicabile e deve rappresentare un impegno che può essere raggiunto attraverso nuove forme di collaborazione con il settore privato.
Per facilitare lo sviluppo della ricerca sono state inoltre elaborati ed approvati progetti per studiare le modalità di attuazione di condizioni favorevoli alla mobilità dei ricercatori, alla collaborazione fra istituzioni pubbliche e private nonché l'attivazione di strumenti capaci di attirare ricercatori provenienti dall'estero. In tal senso sono stati raggiunti accordi di programma con gli U.S.A. e con la Cina, nell'ambito di tematiche di interesse comune. Un ruolo molto importante nell'ambito della ricerca è svolto dall'Istituto Superiore di Sanità che coniuga la ricerca clinica con l'attività di valutazione e controllo sanitario tesa alla prevenzione e alla protezione della salute pubblica, per la quale si coordina con lo Stato, l'Unione europea, le Regioni, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.
L' Agenzia dei servizi sanitari regionali con le Regioni e Province autonome porta avanti programmi di ricerca su problematiche organizzativo-gestionali ed il successivo trasferimento di conoscenza e "best-practice" tra i diversi soggetti coinvolti.

A livello centrale il Ministero della Salute svolge istituzionalmente una funzione di sintesi tra i diversi interlocutori per la validazione della ricerca sanitaria e una funzione di coordinamento a livello nazionale, europeo ed extraeuropeo.
Attualmente, all'interno dello stesso Ministero, coesistono varie linee di ricerca, per le quali sarebbe opportuno promuovere un miglior coordinamento, in modo da finalizzare le risorse verso obiettivi concordati. Questa sinergia programmatica, che deriva dal concorso di tutte le istituzioni di ricerca afferenti al Ministero della Salute con l'intera comunità scientifica, dal punto di vista operativo si deve tradurre in ulteriori azioni di sviluppo nell'ambito del PSN 2006/2008.
Per quanto riguarda la Ricerca Veterinaria, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) operano come strumenti tecnico-scientifici dello Stato, delle Regioni e delle Province autonome e svolgono attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e di salubrità dei prodotti di origine animale, su input dello Stato e delle Regioni, fornendo consulenza e supporto tecnico- scientifico per le attività di pianificazione. Sono inoltre un punto di riferimento per le Istituzioni Comunitarie e per Organismi Internazionali quali l'O.I.E. (Ufficio Internazionale dell'Epizoozie), l'OMS.
In questo campo gli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005 riguardavano le ricerche sulle zoonosi, sulle TSE e su altre malattie a carattere diffusivo per la popolazione animale. L'attuale programmazione conferma tali priorità con un orientamento verso la comprensione e soluzione di problematiche sanitarie attuali ed urgenti, le emergenze infettive, infatti, continuano a costituire un rischio rilevante per la sanità animale e per la salute pubblica ed un notevole costo per il Servizio sanitario nazionale, e ciò in particolar modo per le malattie altamente diffusibili, in aree soprattutto ad elevata densità animale.
Gli obiettivi generali della ricerca per la sanità pubblica veterinaria sono i seguenti:

- lo sviluppo di strumenti epidemiologici per l'identificazione di aree a particolare rischio di insorgenza di emergenze sanitarie;
- l'elaborazione di modelli di sorveglianza basati sull'impiego di sistemi informativi georeferenziati (GIS) e sull'analisi di dati spaziali per lo studio dei fattori col coinvolgimento delle diverse figure professionali interessate;

- lo sviluppo di strumenti diagnostici innovativi, comparabili e sostenibili per l'individuazione di patogeni lungo la filiera produttiva e per un'applicazione in piani di sorveglianza su base nazionale;
- la validazione e l'introduzione di sistemi e metodologie di trattamento atte ad elevare il grado di sicurezza dei prodotti alimentari d'origine animale;
- lo sviluppo di metodologie innovative per la ricerca di residui, contaminanti ambientali, additivi e organismi geneticamente modificati negli alimenti di origine animale e negli alimenti ad uso zootecnico.

*L'ammodernamento strutturale e tecnologico e l'Health technology assessment*

Le politiche pubbliche di investimento del Servizio sanitario nazionale, finanziate con il programma straordinario di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, hanno avuto ed hanno il compito di traghettare il patrimonio strutturale e tecnologico del SSN attualizzandolo rispetto ai nuovi principi di assistenza pubblica: riqualificazione dell'offerta attraverso la definizione di una rete differenziata di strutture, dall'alta specialità all'ospedale di comunità, assistenza sul territorio, potenziamento del parco tecnologico.

L'attuazione delle politiche del programma straordinario degli investimenti previsti dall'art. 20 della legge 67/1988 è volta, quindi, a garantire l'adeguamento delle strutture edilizie e delle tecnologie impiegate nel Sistema Sanitario Nazionale alla nuova visione della Salute.

La politica degli investimenti va considerata quale parte integrante delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, tenuto conto che la definizione dei livelli essenziali di assistenza si configura quale modello prestazionale obbligatorio e che le attività sanitarie e socio sanitarie devono essere esercitate in strutture idonee, con caratteristiche edilizie e tecnologiche minime che, allo stato, risultano quelle fissate dal D.P.R. 14 gennaio 1997.

Il programma di investimenti, infatti, contribuisce al processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, finanziando interventi volti al miglioramento dell'offerta dei servizi, e quindi della dotazione strutturale e tecnologica, ricompresi in una programmazione sanitaria regionale.

Dai dati delle più recenti rilevazioni sul patrimonio tecnologico del SSN, risulta che molte delle apparecchiature censite sono mal distribuite, e a volte sottoutilizzate rispetto alle loro potenzialità intrinseche, sul territorio nazionale e presentano un'obsolescenza a rischio. Va rilevato che in questo settore ad alta tecnologia l'impegno di spesa si traduce sistematicamente in un risparmio notevole sui costi complessivi del settore sanitario, dal momento che diagnosi accurate e precoci consentono quasi sempre di ridurre in maniera rilevante i costi sanitari (e anche i costi sociali) della maggior parte delle patologie.

Anche in questo settore vanno rispettati gli impegni assunti congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni assunto il 23 marzo 2005, in cui è previsto di destinare almeno una quota pari al 15% del finanziamento per l'ammodernamento tecnologico.

In tema di ammodernamento tecnologico, un discorso a parte merita lo sviluppo dei sistemi informativi. Il primo punto che è opportuno sottolineare è che i sistemi informativi delle aziende sanitarie assolvono a una duplice funzione:

1. supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità;
2. registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi.

E' necessario che entrambi gli obiettivi siano essere tenuti in opportuna considerazione in sede di selezione o implementazione dei sistemi informativi e che lo sviluppo dei sistemi informativi del livello aziendale del SSN, soprattutto laddove finanziato o co-finanziato dalle amministrazioni centrali, sia opportunamente indirizzato per consentire il contemporaneo raggiungimento sia degli obiettivi di supporto ai processi sia per gli obiettivi di valutazione.

L'inserimento dei sistemi informativi nelle organizzazioni sanitarie deve essere accompagnato da un parallela riflessione sulle modalità di funzionamento dei processi, in particolare in quei contesti (primo fra tutti il territorio e l'erogazione di servizi ai pazienti affetti da cronicità) in cui l'assenza di unitarietà nel "luogo" in cui il processo si realizza e la sostanziale assenza di modelli organizzativi già pienamente consolidati e integrati (ad es. tra sanitario e sociale) rendono arduo pensare allo sviluppo di soluzioni informatiche indipendenti dall'organizzazione in cui debbono essere calati.
Anche in questo caso si può portare un esempio, che è quello della telemedicina.
In generale è quindi esigenza ormai inderogabile, quella di orientare tutti gli attori interessati, ad un'azione congiunta su sistemi informativi e reingegnerizzazione dei processi. In questo contesto appare opportuno che si apra uno specifico campo di collaborazione tra Ministero della Salute e Regioni che, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole Regioni stesse, consenta però di mettere in condivisione le singole esperienze sui diversi modelli organizzativi adottati, e di identificare le best practices esistenti. Tali best practices, possono essere condivise tra le Regioni (che rimangono comunque libere riguardo alla loro adozione) e possono fornire elementi di guida per le diverse iniziative, in particolare quelle per cui sono disponibili finanziamenti nazionali, volte a supportare lo sviluppo dei sistemi informativi.
La valutazione delle tecnologie sanitarie - *Health technology assessment* – (HTA) ha l'obiettivo di informare coloro che devono prendere le decisioni sulla scelta di tecnologie, usando le migliori evidenze scientifiche sull'impatto e le implicazioni mediche, sociali, economiche ed etiche degli investimenti in sanità. Tali metodologie sono indispensabili nella valutazione delle alte tecnologie, per gli alti costi e la difficile gestione connessi, al fine di consentirne una distribuzione razionale sul territorio, per evitare inutili sprechi (doppioni) o gravi carenze.
E' ormai largamente diffusa anche in molti Paesi europei la consapevolezza che occorre effettuare la valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie rispetto ai principali elementi che ne connotano l'utilizzo, e cioè la tecnologia stessa, i pazienti, l'organizzazione e l'impatto economico ed è necessario che anche in Italia si riconosca che l'HTA è una priorità, ed è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema, già in parte presenti in alcune realtà regionali ed aziendali.

La valutazione delle tecnologie sanitarie, intesa come insieme di metodi e strumenti per supportare le decisioni, si rivolge ai diversi livelli decisionali secondo modelli operativi differenziati, rivolti a fornire supporto a:

1. decisioni di politica sanitaria (adozione, diffusione e finanziamento di nuove tecnologie),
2. decisioni "manageriali" di investimento in nuove tecnologie a livello aziendale e per la promozione di un utilizzo appropriato delle tecnologie medesime tramite l'elaborazione di protocolli;
3. decisioni cliniche, per la diffusione di "modelli di governo (governance)" individuati da strutture centrali, e da adottare a livello organizzativo, quali la definizione e diffusione degli standard qualitativi e quantitativi.

L'obiettivo principale da perseguire è la creazione di una rete nazionale articolata a livello regionale ed aziendale, per consentire lo scambio effettivo di informazioni che possa fungere da supporto per le scelte di politica sanitaria, in relazione alla necessità di avere a disposizione informazioni attendibili, tempestive, trasparenti e trasferibili sulle tecnologie sanitarie.
Le attività di HTA devono essere in stretto legame con le azioni in corso a livello europeo, per consentire un effettivo scambio di esperienze tra i paesi europei, nel contesto del Gruppo di alto livello sulle cure sanitarie.
A tale scopo potrebbero essere utilizzati finanziamenti della ricerca finalizzata ex art. 12 dedicati a:

- sviluppo della ricerca “primaria” originale;
- revisioni sistematiche e metaanalisi di studi già disponibili;
- sostegno allo sviluppo di piattaforme tecnologiche ed informative per il supporto agli studi clinici, valutativi ed economici dell’impatto delle innovazioni sulle condizioni di salute e sui costi, quali ad esempio registri delle patologie e/o delle tecnologie, su base regionale o interregionale;
- sviluppo della funzione di coordinamento (clearinghouse) delle attività di valutazione condotte a livello regionale (o interregionale) da parte degli organi tecnici centrali del SSN, quali l’Istituto Superiore di Sanità e l’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

### 4.2. Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio sanitario nazionale

Obiettivo del piano è favorire le varie forme di partecipazione del cittadino, in particolare attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari.
La partecipazione è intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente alle scelte terapeutiche e assistenziali che lo riguardano, sia come partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile e, in primo luogo, delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie alla determinazione delle politiche assistenziali, sia, infine, come valorizzazione del ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi socio sanitari con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.
Il SSN deve garantire la partecipazione dei cittadini quale vero e proprio strumento di pratica democratica esercitata dalla comunità che finanzia un servizio destinato a soddisfare i suoi stessi bisogni di tutela della salute. In tal senso si esprimono i documenti dell’OMS e i numerosi documenti elaborati a livello europeo.
Va pertanto previsto un ruolo attivo delle organizzazioni dei cittadini con riferimento agli organismi di tutela dei diritti, a quelli del terzo settore ed alle associazioni di categoria, di soggetti che si rivolgono al SSN, in modo da valorizzare esperienze, conoscenze e punti di vista destinate ad arricchire il processo decisionale, operativo e valutativo, anche tenuto conto del programma di azione della UE nel campo della salute e della tutela dei consumatori.

*La partecipazione nelle attività di programmazione e di valutazione*
Vanno previste forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, al controllo ed alla valutazione dei servizi socio-sanitari sia a livello regionale che aziendale, che distrettuale. In tale ottica va valorizzato il ruolo degli organismi di partecipazione a partire dal Comitato Misto Consultivo.

Per quanto riguarda la Carta dei Servizi, i contenuti in essa riportati, devono costituire un preciso impegno per l’Azienda Sanitaria nei confronti dei cittadini e fornire informazioni certe circa l’erogazione quali-quantitativa dei servizi destinati a questi ultimi. E’ auspicabile che, per la redazione del suddetto documento a cura delle Aziende Sanitarie, le Regioni prevedano modalità compilative omogenee.

Si dovranno favorire forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori del SSN, diffondendo metodiche partecipate di raccolta di informazioni, che dovranno costituire, una volta effettuata la valutazione partecipata, la base per realizzare percorsi ed interventi di miglioramento.

Anche la Conferenza dei Servizi deve effettivamente costituire momento di confronto tra Azienda Sanitaria ed Organizzazioni dei Cittadini, garantendo a queste ultime adeguato spazio per poter esprimere valutazioni sull'andamento dei servizi e proposte per il loro miglioramento; anche per tale adempimento è auspicabile l'individuazione, da parte delle Regioni, di modalità omogenee per l'organizzazione, la pubblicizzazione e lo svolgimento della Conferenza dei Servizi.

*Dal consenso informato all'empowerment*

Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute. Perché questo si realizzi occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari che lo coinvolgono. Questa azione è richiamata anche nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come in numerosi documenti elaborati a livello Europeo e, in primo luogo, nella Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina, recepita in Italia con la legge 28 marzo 2001, n.145.

E' necessario pertanto implementare i processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed operatore, finalizzati a migliorare il consenso informato, e tra cittadino ed istituzioni sanitarie (ad es. promuovendo l'ulteriore sviluppo della Carta dei Servizi, con la quale vengono esplicitati il livello di qualità garantito nei servizi erogati e gli impegni assunti). E' inoltre necessario orientare i servizi offerti sui reali bisogni del cittadino/utente, fornire al cittadino gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione/servizio affinché sia messo nelle condizioni di esprimere le proprie volontà sul processo di cura che lo riguarda e, successivamente, di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi erogati. E' dunque opportuno sperimentare strumenti e modalità di partecipazione dei cittadini sugli indirizzi di politica sanitaria.

Le azioni di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini devono essere finalizzate a rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del proprio diritto a scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità. Più in generale i cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione della stessa e in grado di collaborare con le strutture responsabili dello sviluppo della qualità dei servizi per la salute.

Lo scopo del coinvolgimento è erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse. Ciò è favorito dal processo di empowerment del paziente ed in modo diverso dei suoi familiari.

I pazienti sono infatti resi "empowered" quando hanno la conoscenza, le abilità, le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita. Per conseguire tale risultato, i servizi debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzare, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento.

L'empowerment subisce, tra l'altro, influenze legate alle caratteristiche demografiche, socio-culturali, economiche e relazionali dei pazienti: è dunque sempre importante considerare tali aspetti e, in particolar modo, laddove ai servizi afferiscono persone provenienti da diverse aree geografiche e/o appartenenti a diverse etnie o culture.

Dunque un elemento essenziale per sviluppare l'empowerment del paziente è proprio il farlo partecipe del processo decisionale. E' infatti universalmente riconosciuto che quando l'utente partecipa al processo decisionale, anche la sua soddisfazione è maggiore ed i risultati clinici migliorano poiché accetta le decisioni prese e si attiene al trattamento deciso. Inoltre, il

coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato nei percorsi sanitari, consentendo la reciproca conoscenza e la collaborazione mirata - in forma sinergica con le attività portate avanti dal personale- aumenta l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

*La valorizzazione dell'associazionismo dei pazienti e dei loro familiari*
Nel corso del triennio di sviluppo del PSN sarà necessario adottare iniziative in grado di dare alle molteplici forme di associazionismo, che si sono sviluppate nel nostro Paese, voce e ruolo adeguati, anche in sintonia con il programma di azione comunitaria in tema di salute.

In particolare le iniziative da assumere riguarderanno: l'aggiornamento del decreto del Ministro della salute 15 ottobre 1996, ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, per la definizione, d'intesa con la Conferenza Stato- Regioni dei contenuti e delle modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché la promozione degli interventi attuativi dei principi fondamentali desumibili dal medesimo articolo 14.

*Il ruolo del terzo settore*
I soggetti del terzo settore sono costituiti dall'articolato universo di cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato, società di mutuo soccorso, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale.
Le modifiche introdotte dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 al decreto legislativo 502/1992 avevano riservato un ruolo del tutto peculiare alle istituzioni non lucrative nel realizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari laddove nel disciplinare l'istituto dell'accreditamento viene puntualmente evidenziato lo "spazio" che a tali organismi deve essere riservato come ad uno dei tre componenti che caratterizzano, come principio fondamentale del sistema, il pluralismo erogativo (erogatori pubblici, erogatori privati profit ed erogatori privati non profit).

Obiettivo del triennio di applicazione del PSN è quello di recuperare il ritardo che in questo aspetto applicativo della riforma del 1999 si è determinato in molte realtà regionali.
Naturalmente è importante che sia superata la teoria e la pratica del ricorso a tali soggetti come semplici esecutori di servizi appaltati, senza capacità progettuale e imprenditoriale, mentre vanno evidenziati i principi della "reciprocità" e dello "scambio". L'azione dei soggetti non profit produce, infatti, vantaggi reciproci per i cittadini e per l'istituzione, ed il volontariato è un bene prezioso, per il quale si rendano indispensabili regole nazionali chiare.
Agli Enti locali e alle Regioni è affidato il compito di precisare, nel campo dei servizi socio sanitari, le forme attraverso cui conseguire un coinvolgimento ampio e rappresentativo del privato non profit nei vari territori di competenza.
Va riconosciuto ed implementato, soprattutto in un Paese come il nostro che ha una antica tradizione in questo campo, il contributo di grande valore portato dal volontariato nella sua attiva collaborazione con le Istituzioni per il raggiungimento di rilevanti obiettivi di salute. La Croce Rossa Italiana, Ente di diritto pubblico, con i suoi dipendenti ed i suoi 250 mila volontari rappresenta una forza diffusa in modo capillare su tutto il territorio nazionale, in grado di rispondere tempestivamente ai bisogni che si possono manifestare. In particolare, la Croce Rossa Italiana svolge una funzione sinergica e complementare al Servizio sanitario nazionale nei settori della formazione alla persona, dei servizi sanitari di emergenza, sia individuale che collettiva in caso di maxi-emergenze, e dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria agli individui più fragili della nostra società (immigrati, anziani, malati cronici, malati terminali). Per quanto attiene alle patologie neoplastiche sono presenti nel nostro territorio varie ed importanti associazioni i cui interventi sono connotati da alti standard di qualità, come ad es. la lega italiana per la lotta ai tumori, ente di diritto pubblico, il cui raggio

di azione va dalla promozione e raccolta fondi, alla prevenzione primaria tramite campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione delle malattie tumorali, alla prevenzione secondaria, tramite effettuazione di visite preventive e di screening, all'assistenza ospedaliera e domiciliare ai malati oncologici.

Per consentire al mondo del volontariato e del terzo settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni potranno essere promosse soluzioni in grado di garantire alle imprese sociali la possibilità di qualificare la loro presenza favorendone investimenti qualitativi di lungo periodo, coerentemente con le esigenze dei servizi caratterizzati da continuità assistenziale e modalità di presa in carico previste dai livelli essenziali di assistenza.
Andranno favorite forme di sperimentazione che, in riferimento ai bisogni che richiedono competenze finalizzate a garantire la integrazione di diversi fattori produttivi per la erogazione di risposte con diverso grado di complessità tecnica e professionale, possano prevedere specifiche forme di accreditamento che tengano conto della maggiore o minore continuità di presenza dei soggetti candidati nei vari sistemi regionali dei servizi socio sanitari.

### 4.3. Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN

*Professioni sanitarie: fabbisogni e formazione di base*
La stima del fabbisogno del personale sanitario presuppone principalmente una valutazione da parte delle istituzioni che sono responsabili a pieno titolo dell'organizzazione delle aziende del Servizio sanitario nazionale, cioè le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Tuttavia, non va trascurata la fondamentale azione di impulso e coordinamento per una omogeneizzazione delle politiche in materia che il Ministero già esercita e dovrà continuare ad esercitare in modo ancor più incisivo, assumendo le necessarie iniziative finalizzate alla realizzazione di specifici accordi Stato-Regioni. Nell'ambito del procedimento non va trascurata la preziosa collaborazione che la legge prevede debba essere offerta dagli enti pubblici e privati e dagli Ordini professionali e dai Collegi interessati, anche alla luce della legge approvata in via definitiva dalla Camera dei deputati il 24 gennaio 2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

Per quanto concerne il fabbisogno del personale del Servizio sanitario nazionale, va sottolineata l'opportunità che Ministero e Regioni operino al fine di effettuare stime corrette in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie e del mercato del lavoro che le stesse offrono, mentre compito successivo del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca è quello della programmazione degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica ed ai corsi di diploma universitario. E' necessario quindi che si creino sinergie positive perché i fabbisogni trovino corrispondenza nel correlato modo del lavoro.
A tale scopo è indispensabile pervenire ad una programmazione non più annuale ma almeno triennale del fabbisogno del personale sanitario tenendo conto di quanto previsto dal comma 2, dell'articolo 6 ter del citato d. lgs. n.502/92 e successive modificazioni, in termini di:

- *obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;*
- *modelli organizzativi dei servizi ;*
- *offerta di lavoro;*
- *domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.*

In quest'ottica andranno sicuramente privilegiate, per il soddisfacimento dei bisogni del cittadini utente, quelle professionalità delle quali l'assistenza al malato avverte una particolare carenza, causa di disservizi e di un impegno suppletivo da parte degli operatori presenti in servizio.

Anche in questo caso è necessario procedere all'individuazione corretta dei fabbisogni da effettuarsi con criteri analoghi a quelli delle suddette professioni sanitarie Uno degli aspetti rilevanti della formazione è infatti quello della formazione specialistica, per la quale vanno assunte iniziative per offrire allo specializzando una formazione teorico pratica di alta qualità coerente e compatibile con i livelli essenziali di assistenza che gli stessi devono concorrere a realizzare.
In tal senso si è anche espresso il Consiglio Superiore di Sanità, che ha affermato che:
*" l'obiettivo preminente della formazione professionale specialistica sia inequivocabilmente quello di fornire ai futuri specialisti competenze congrue e coerenti con le esigenze del Servizio sanitario nazionale, sia a livello di strutture sanitarie che di territorio.*
*A tal fine, per la definizione e l'elencazione delle discipline, si preveda un sistema di flessibilità e di aggiornamento, che consenta un pronto adeguamento della parte didattico-formativa all'evoluzione clinica, allo sviluppo scientifico, al progresso tecnologico nonché alle reali prospettive di esercizio professionale che si potranno modificare o sviluppare all'interno del S.S.N."*

Nell'ambito del procedimento dei fabbisogni e della formazione di base degli operatori sanitari trova collocazione anche l'argomento delle "*medicine e delle pratiche non convenzionali"* che sicuramente verrà sviluppato nel corso dei prossimi anni.
Non vi è dubbio, infatti, che esigenze di garanzia della salute del cittadino, il quale deve contare sulla formazione e sull'affidabilità dei professionisti cui si rivolge, impongano allo Stato di prendere in considerazione le medicine e le pratiche c.d. "alternative" dal punto di vista della loro validità scientifica e della qualificazione di chi eroga le prestazioni, quale fenomeno spesso occulto da rendere trasparente e controllato.

*Educazione continua in medicina*
L'istituzione dell'Educazione Continua in Medicina ha rappresentato una scelta finalizzata soprattutto al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. Da questa motivazione è derivata come naturale conseguenza il principio dell'obbligatorietà dell'aggiornamento e della formazione permanente, nonché l'estensione della stessa a tutti gli operatori sanitari e non solo ai medici.
Gli obiettivi che la Formazione continua propone sono sinteticamente:

- mantenimento della motivazione alla professione di tutti gli operatori sanitari;
- adeguamento della capacità professionale dei singoli al loro livello di maturazione;
- adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie;
- miglioramento continuo dell'organizzazione, del rendimento e dell'economia
- dell'intero sistema sanitario.

La formazione deve essere considerata come la possibilità di aumentare la capacità di risposta ai bisogni del cittadino, in modo da poter assicurare, in una prospettiva di continuo miglioramento il ragionato passaggio, fondamentale in ogni nuova organizzazione, tra passato e futuro, innovando avendo sempre riguardo alle esperienze acquisite.
La formazione in sanità è, quindi, un percorso obbligato, in quanto collegato alla crescita professionale degli operatori, diretto a sviluppare un'importante azione di adeguamento delle capacità e competenze alle esigenze della collettività.

Sotto questo profilo tutti i provvedimenti che riguardano la formazione costituiscono un investimento finalizzato alla valorizzazione del capitale umano del quale accresce la disponibilità ad operare con alti livelli di motivazione.
Al di là delle difficoltà di carattere oggettivo legate alla gestione del sistema e del relativo dispendio di energie, il settore deve confrontarsi con tutta una serie di criticità fra cui si segnalano l'assenza di una adeguata razionalizzazione dei fondi, il metodo di contabilizzazione e la mancanza di un efficiente monitoraggio delle spese. In questo contesto andranno affrontati e risolti in modo espresso e senza ambiguità gli aspetti relativi ai rapporti tra provider pubblici e privati e sponsorizzazioni all'ECM.
In questo quadro è necessario un impegno per addivenire ad una puntuale disciplina delle sponsorizzazioni e prefigurare le fattispecie che danno luogo al conflitto d'interessi.
La sperimentazione finora eseguita ha fornito indicazioni preziose alla luce delle quali è possibile adottare provvedimenti per semplificare il sistema e renderlo ancora più trasparente.
Il ruolo riconosciuto alle Regioni nelle predette intese non è solo coerente con l'attuale assetto costituzionale, ma permette una migliore penetrazione del programma di formazione continua sul territorio, dove peraltro la necessaria e dovuta partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali garantisce l'uniformità nella qualità dei programmi.
Il Piano Nazionale dell'Aggiornamento, come affermato nell'Intesa Stato-Regioni, di cui all'intesa del 23 marzo 2005, costituisce il presupposto necessario *"per l'individuazione degli strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa inappropriata, nel rispetto del principio della uniforme ed appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sul territorio nazionale, di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni"* .
Si tratta, quindi, di ripensare l'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Educazione Continua in Medicina, per fissare con chiarezza il riparto di competenze tra Stato e Regioni in tema di aggiornamento professionale successivo alla formazione di base, in modo tale che nei prossimi anni il processo di educazione continua in medicina una volta portato a regime, risponda a criteri di efficienza ed adeguatezza.

### 4.4. La promozione del Governo clinico e la qualità nel Servizio sanitario nazionale compresa la tematica delle liste di attesa

In tutti i paesi sviluppati gli ultimi anni hanno visto una crescita enorme della domanda di prestazioni sanitarie e quindi lo svilupparsi di politiche tese a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Ma anche queste iniziative si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.
La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di un reale governo clinico che veda i professionisti direttamente coinvolti e responsabilizzati.
Il governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" delle organizzazioni sanitarie nell'ospedale: il controllo dei costi e degli aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità.

Il Governo clinico (GC) - Clinical Governance - è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica e rappresenta lo sviluppo di riflessioni sul tema della qualità sul quale da anni molte organizzazioni stanno lavorando e tra queste l'Organizzazione Mondiale della Sanità (The principles of quality assurance, 1983).

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse, e con la massima soddisfazione per il paziente. Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale a cui tendere: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità. Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione: la logica sottostante a tale nuovo concetto è quella della programmazione, gestione e valutazione del "sistema" in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.
La politica di attuazione del governo clinico richiede quindi un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sull'Evidenza (EBM ed EBHC), le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei Reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale. È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il governo clinico offre, prima di tutto agli stessi operatori, la possibilità di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

Un elemento determinante per il successo del governo clinico è la modalità con cui viene esercitato il diritto di conoscenza ed accesso. In relazione ai sistemi di partecipazione e alla diversità dei modelli organizzativi regionali e delle aziende sanitarie, deve intervenire un modello di comunicazione mutliculturale specialmente nei settori della prevenzione o là dove è necessario che il messaggio di salute sia pienamente e immediatamente compreso (ad es.: nel campo dell'emergenza)
A questo si legano anche le opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione. Le azioni previste devono promuovere il coinvolgimento dei cittadini nei progetti di miglioramento, la loro partecipazione relativamente ai meccanismi di informazione, di consenso informato, per favorire il loro coinvolgimento nel processo terapeutico.

Altro aspetto fondamentale è quello della gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale. In stretta relazione a ciò è necessario che le attività di audit clinico siano effettivamente integrate nella missione aziendale, abbandonando la logica elitaria che li ha finora accompagnati. Un ulteriore elemento che deve caratterizzare l'innovazione legata al governo clinico è la partecipazione a progetti di ricerca e l'introduzione sperimentale ed a regime delle innovazioni prodotte da ricerche.
Il personale deve essere direttamente ed effettivamente coinvolto nelle scelte cliniche ed organizzative e deve ricevere informazione e comunicazione sistematiche. E' anche necessario prevedere la progettazione dei percorsi di carriera, per favorire la reale integrazione degli operatori, che deve comprendere una necessaria attività di valutazione e feedback delle performance, anche individuale. L'elemento fondamentale è rappresentato dalla formazione continua mirata (interna ed esterna): specialistica, organizzativa, per lo sviluppo della qualità. Va individuata una esplicita finalità valutativa per il professionista che può diventare uno strumento utile alla reale implementazione del governo clinico nel sistema delle aziende. Oggi è messa particolare attenzione ai meccanismi di selezione e di scelta dei ruoli dirigenziali e di responsabilità dei professionisti, molta meno attenzione è invece affidata alla valutazione dell'operato degli stessi. I risultati di salute conseguiti possono rappresentare una delle linee del profilo di valutazione del professionista.

In sostanza, il perseguimento della efficacia clinica richiede forme di valutazione e controllo delle prestazioni erogate, oltre il mero aspetto quantitativo nel rispetto, tra l'altro, di un nuovo paradigma della medicina per il quale il ragionamento fisiopatologico non è più sufficiente per garantire un risultato positivo di salute. Il processo valutativo, per essere sensibile e specifico nella misura del fenomeno osservato, deve rimodularsi in funzione della dimensione organizzativa che l'Azienda tenderà ad assumere.

Un altro elemento portante è la gestione e lo sviluppo della organizzazione, che svolga attività di programmazione e budgeting, la diffusione di un sistema informativo che consenta la valutazione dei processi e dei prodotti, la gestione clinica del paziente (patient file) e la valutazione degli esiti (outcome), sulla base di standard nazionali ed internazionali. Infine devono essere promosse azioni di ricerca organizzativa. Un elemento trasversale rispetto agli elementi portanti del governo clinico è la comunicazione, che deve prevedere idonei strumenti quali bollettini, informazioni e rapporti con i mass media, pubblicazioni, forum e convegni.

In ultima analisi appare evidente che lo strumento del governo clinico non può essere finalizzato solo a dare risposta ad una emergenza finanziaria e, quindi, essere ristretto ad una programmazione di budgeting e di sviluppo del sistema informativo che garantisca che le risorse disponibili siano impiegate nelle attività più utili per i cittadini ma deve essere esteso al governo di tutte quelle attività che ci permettono di raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni e di appropriatezza.
Nel triennio di vigenza del Piano saranno individuate le modalità operative per realizzare la strategia, gli ambiti di miglioramento, le modalità condivise per attuare il governo clinico. L'attuazione di prassi di governo clinico non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale permetterà un aumento della qualità ed accessibilità delle cure offerte ai cittadini.

*Le liste di attesa*
Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.
La complessità del problema, sia per l'impatto organizzativo sul sistema sanitario nazionale che per le conseguenze sulla definizione dei diritti dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, richiede un impegno comune di Governo e Regioni, nella consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate. È necessario condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli. Sarà necessario generalizzare la dotazione regionale di sistemi di prenotazione in rete (CUP), nonché prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità per governare l'accesso alle prestazioni, ed individuare delle tipologie di prestazioni, ad esempio quelle di urgenza o quelle oncologiche, per le quali i tempi devono essere certi ed uguali su tutto il territorio nazionale.
La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino.

*La promozione di linee guida: il sistema nazionale Linee Guida*
Con il decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004 è stato istituito il Sistema nazionale linee guida (SNLG) a cui partecipano le istituzioni centrali, le Regioni e le società scientifiche. Il SNLG definisce priorità condivise privilegiando le tematiche associate in primo luogo a variabilità nella pratica clinica, liste d'attesa significative, appropriatezza diagnostico-terapeutica, obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale. Il Sistema nazionale linee guida riconosce il ruolo delle linee guida nell'aggiornamento professionale e

nella formazione continua e promuove un sito web di aggiornamento professionale dedicato che possa consentire l'acquisizione di crediti ECM.
La necessità di istituire il SNLG è nata dalla consapevolezza sempre più presente della necessità di erogare cure di buona qualità ed evidence based in un contesto di risorse limitato.
In questo contesto assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes.
Una delle vie per incoraggiare l'aderenza alle LG è quello di inserire le raccomandazioni e gli standards nella cartella clinica: il sistema delle "care patways" prevede di incorporare le LG nelle cartelle cliniche in maniera che agiscono come suggerimento immediato per il clinico.
La verifica del grado di adesione delle LG ritenute importanti per raggiungere i migliori esiti è un processo di valutazione di qualità che lega la pratica clinica agli outcomes, anche tramite l'adeguamento dei sistemi informativi ed il raggiungimento di consenso su come misurare la qualità delle cure.

*Il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti*

Sulla gestione del rischio clinico esistono iniziative regionali da valorizzare e generalizzare che assumono come obiettivo quello di coniugare il tradizionale punto di vista "assicurativo" tipico della responsabilità dei professionisti a quello più generale della "sicurezza del paziente" che attiene ai livelli di qualità del sistema dei servizi e che ha pertanto un impatto diretto sulle capacità di offerta dei livelli di assistenza. Negli ospedali italiani si cominciano a sperimentare e a diffondere Unità per la gestione del rischio.
Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi *danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate, che causa un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.*
Una gestione efficace del rischio clinico presuppone che tutto il personale sia consapevole del problema, che sia incoraggiata la segnalazione degli eventi e che si presti attenzione ai reclami e al punto di vista dei pazienti. Le strategie di gestione del rischio clinico devono utilizzare un approccio pro-attivo, multi-disciplinare, di sistema, e devono prevedere attività di formazione e monitoraggio degli eventi avversi.
La formazione, che deve prevedere un livello nazionale, regionale ed aziendale, deve consentire a tutti gli operatori di acquisire la consapevolezza del problema del rischio clinico, per favorire la cultura della sicurezza che considera l'errore come fonte di apprendimento e come fenomeno organizzativo, evitando la colpevolizzazione del singolo.
Le attività di monitoraggio, devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale, possano promuovere le rispettive azioni, secondo un disegno coerente e praticabile. Deve essere attivato un monitoraggio degli eventi sentinella, cioè quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. L'efficace gestione del rischio clinico porterà oltre ad importanti risultati di carattere sanitario anche rilevanti risvolti economici.

### 4.5. L'aziendalizzazione e l'evoluzione del servizio sanitario

Il tema del completamento del processo di aziendalizzazione viene affrontato evidenziando l'esigenza di incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie I cambiamenti avvenuti negli

anni 90 e i primi anni del 2000 nell'assetto e nell'organizzazione delle strutture sanitarie hanno costituito quello che è stato definito processo di aziendalizzazione.
Con l'aziendalizzazione è stato riconosciuta la primaria rilevanza per il sistema sanitario ai fini del raggiungimento della propria missione, dei processi di acquisizione, di combinazione e di allocazione delle risorse disponibili, meglio garantiti, appunto, da una gestione dei servizi di tipo aziendale.
Queste motivazioni che hanno portato ad individuare nel modello aziendale quello più efficiente ed efficace per la gestione dei servizi sanitari sono tutt'ora valide, ma a quasi 15 anni dal varo della riforma del 1992, occorre fare un bilancio del processo di aziendalizzazione per proporre correttivi sulla base delle esperienze fatta.
Nella sua fase di avvio l'elemento di forte discontinuità con il passato, individuabile dalla adozione di tecniche e impostazioni manageriali, ha costituito una oggettiva spinta all'innovazione ed al cambiamento ed è stato arricchito da una specifica sensibilizzazione culturale.
Oggi la spinta si è in parte esaurita, per cui occorre promuovere iniziative specifiche per il rilancio del processo di aziendalizzazione, dal momento che vi sono ancora margini cospicui di miglioramento nell'utilizzazione delle risorse. L'analisi dei soli dati relativi all'assistenza ospedaliera mostra come la variabilità interregionale ed interaziendale nella produzione di prestazioni di ricovero ospedaliero sia molto ampia, evidenziando accanto a situazioni di inefficienza legate a o motivi strutturali (reti ospedaliere incongrue) anche situazioni legate prevalentemente a incapacità delle direzioni aziendali nell'adottare misure di razionalizzazione dell'organizzazione e dell'acquisizione di beni e servizi.
E' necessario, inoltre, cominciare a fare una riflessione, sulla base dell'evoluzione che il modello aziendalistico sta registrando in diverse regioni, sulla possibilità di prevedere meccanismi che rendano il sistema più flessibile e più permeabile alle istanze politiche e sociali emergenti sul territorio.
La struttura aziendale, con ciò che di fortemente positivo ha recato e reca sul versante della organizzazione dell'offerta, soprattutto ospedaliera, ha presentato due sostanziali criticità: una tendenza alla autosufficienza produttiva, che produce se esasperata, alla lunga, inefficienze e inutile concorrenza, e una sostanziale autoreferenzialità rispetto ai bisogni di crescita dell'organizzazione e delle categorie professionali coinvolte con poche relazioni con i cittadini, singoli o rappresentati, e soprattutto con le politiche locali correlate al tema dei determinanti di salute.
Per questo motivo in diverse regioni si sono sviluppate da un lato politiche di programmazione interaziendale (cosiddette Aree vaste o quadranti ecc.) per lo sviluppo in rete dei presidi ospedalieri, e dall'altro politiche di coinvolgimento, soprattutto per i servizi territoriali e preventivi, delle realtà locali e dei cittadini.
Nel triennio di vigenza del PSN si svolgerà una riflessione in materia, per valutare, avvalorare ed indirizzare queste linee di sviluppo, così come per gettare le basi per un loro confronto finalizzato nel medio periodo a verificare l'opportunità di eventuali modifiche migliorative del sistema.
Le iniziative da promuovere riguardano tre ambiti tematici:

- il consolidamento della adozione degli strumenti del management;
- la ridefinizione degli ambiti territoriali e le altre forme di reingegnerizzazione istituzionale;
- il rapporto con le tematiche del governo clinico.

In linea generale è necessario evidenziare come oggi più che investire ancora sulla progettazione di nuovi strumenti è utile invece implementare definitivamente quelli già disponibili. Le priorità da seguire possono così essere individuate:

- promuovere la qualità (appropriatezza, comfort, economia...) del servizio fornito e correlarla al risultato, in base alle evidenze sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei servizi;

- fare in modo che l'organizzazione aziendale e le dinamiche interne del suo funzionamento siano ben chiare, valutabili e verificabili per tutti quelli che operano al suo interno, per gli utenti e per quanti sono chiamati a svolgere funzioni di governo, di indirizzo, di valutazione o di controllo;
- combattere i fenomeni di "dissonanza organizzativa" (dire un cosa ma farne altre);
- fare in modo che i risultati attesi siano conseguiti mantenendo l'unitarietà dell'azione aziendale;
- incentivare e formalizzare le modalità con cui le competenze professionali possono contribuire al miglioramento della programmazione, della organizzazione e della produzione dei servizi;
- promuovere l'innovazione organizzativa puntando sullo sviluppo e sul rendimento del capitale professionale e dell'innovazione tecnologica;
- modulare le priorità di applicazione (programmazione, organizzazione, gestione risorse umane, sistema di decisione e controllo, acquisizioni) in base alla specifica situazione locale, promuovendo sistematicamente da parte delle aziende sanitarie le iniziative in grado di aumentare la capacità di produzione di servizi a parità di risorse impiegate (efficienza tecnica) e la capacità di produrre attività e prestazioni a costi minori (efficienza economica);
- ottimizzare la funzione acquisti di beni e servizi, tenendo conto della complessità del mercato dei beni sanitari, la rapida obsolescenza che caratterizza molti prodotti e procedure, i consistenti fenomeni di asimmetria della domanda e dell'offerta.

### 4.6. Le sperimentazioni gestionali

Con la legge 30 dicembre 1991, n. 412 (finanziaria 1992) si è dato avvio alle sperimentazioni gestionali, per sviluppare nel Servizio sanitario nazionale la collaborazione tra pubblico e privato, con l'obiettivo di far confluire verso le iniziative e gli interventi di attuazione degli obiettivi strategici del Servizio sanitario nazionale risorse finanziarie e competenze integrative rispetto a quelle già presenti nell'ambito del settore pubblico. I progetti di sperimentazione gestionale, da realizzarsi attraverso convenzioni tra Enti del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati dovevano definire, a livello aziendale, modelli di gestione, anche in deroga alle norme vigenti, con lo scopo di realizzare opere (edilizie o tecnologiche) o di svolgere in forma integrata la gestione di un servizio con particolare attenzione al miglioramento continuo della qualità in condizioni di efficienza. Le sperimentazioni si sono sviluppate nell'ottica della ricerca di più efficienti modelli di governo della spesa sanitaria, avendo ad oggetto sia modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi sia il coinvolgimento, nella fornitura di servizi e prestazioni, di soggetti erogatori diversi da quelli istituzionali.

L'analisi condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel settembre 2003 ha individuato le cinque aree ritenute più critiche, per il coinvolgimento del privato:

1. l'opportunità che il pubblico mantenga la maggioranza assoluta delle quote di azioni delle società miste costituite col privato;
2. la necessità di incrementare oltre i tre anni la durata delle sperimentazioni, per consentire la corretta valorizzazione degli investimenti;
3. la opportunità di normative regionali che definiscano con chiarezza le procedure di selezione del partner privato, evitando le rigidità dei capitolati di gara;
4. la necessità di norme e strutture che disciplinino in modo chiaro le posizione del personale nel caso di partecipazione ad una società mista;

5. il chiarimento sulle limitazioni che la società mista, a capitale pubblico maggioritario, incontra nell'operatività nel caso in cui essa venga considerata organismo pubblico.

Non esiste ad oggi una precisa definizione normativa delle collaborazioni pubblico-privato, né a livello nazionale, né a livello comunitario.
Solo nell'aprile del 2004, la Commissione europea è intervenuta sul tema, dedicandovi una specifica pubblicazione, nota come *"Libro verde relativo ai partenariati pubblico-privati ed al diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni"*. In tale contesto *"il termine partenariato pubblico-privato si riferisce in generale a forme di cooperazione tra le autorità pubbliche ed il mondo delle imprese che mirano a garantire il finanziamento, la costruzione, il rinnovamento, la gestione o la manutenzione di un'infrastruttura o la fornitura di un servizio."*
D'altro canto, l'11 febbraio 2004 Eurostat, l'ufficio statistico delle Comunità europee, con la decisione "Treatment of public-private partnerships", ha indicato i criteri per il trattamento contabile, nei conti nazionali, di specifiche tipologie di PPP.
La decisione riguarda il caso di contratti a lungo termine, conclusi tra la Pubblica Amministrazione e un partner privato in settori di attività dove il Governo è fortemente coinvolto, per la realizzazione di una infrastruttura in grado di erogare servizi secondo parametri quantitativi e qualitativi stabiliti.
La decisione si applica nei casi in cui lo Stato sia il principale acquisitore dei beni e servizi forniti dall'infrastruttura, sia che la domanda sia originata dalla stessa parte pubblica che da terze parti. E' questo il caso, ad esempio, di servizi pubblici come la sanità.

In considerazione dei cambiamenti demografici in atto, che comporterà un aumento della cronicità, e conseguentemente del fabbisogno di servizi territoriali, la partenership pubblico/privato potrà, nei prossimi anni giocare un ruolo significativo. Infatti l'assistenza sanitaria territoriale dovrà essere organizzata e spesso reingegnerizzata e l'assistenza ospedaliera dovrà essere funzionalmente e tecnologicamente riqualificata.

La disponibilità del privato, in termini di capacità innovativa, nella organizzazione dei processi e la collegata innovazione tecnologica, nonché di finanziamento delle strutture sanitarie può essere colta mettendo a punto le corrette modalità di interazione tra pubblico e privato, con la garanzia che il mondo pubblico sia l'unico garante verso il cittadino del conseguimento del bilanciamento ottimale in termini di costi-qualità dei servizi sanitari erogati.

### 4.7. La politica del farmaco ed i dispositivi medici

La politica del farmaco

Si tratta di sviluppare il tema di una razionalizzazione di tutta la filiera dalla produzione, alla distribuzione, alla prescrizione, al consumo.
In tale contesto il principio su cui si fonda la definizione di una nuova politica del farmaco e l'assunzione ad esso sotteso è che il sistema salute oltre a costituire per il cittadino un diritto costituzionale, può diventare sistema di sviluppo per il Paese e settore in cui favorire gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S): in altri termini il farmaco non può essere considerato esclusivamente come fattore di spesa ma anche e soprattutto come elemento di sviluppo e di promozione della innovatività.
Per realizzare tale obiettivo è necessario garantire un assetto istituzionale e normativo che favorisca i processi di R&S nel nostro Paese, in modo da evitarne una dimensione esclusivamente di mercato.

Tutto ciò esige una programmazione di medio–lungo periodo (3-5 anni), tesa ad impedire che vengano introdotti nel sistema cambiamenti non programmati e improvvise discontinuità. Pertanto, gli obiettivi strategici individuati e le azioni che sarà necessario porre in essere per realizzare una nuova politica del farmaco, secondo i principi sopra definiti, possono essere così riassunti:

1. Garantire il mantenimento dell'unitarietà del Sistema farmaceutico

L'unitarietà del sistema farmaceutico viene garantita attraverso il Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN) che deve assicurare attraverso i medicinali di fascia A l'accesso uniforme ed omogeneo su tutto il territorio nazionale ai farmaci innovativi, ai farmaci orfani e a tutti i farmaci essenziali per il trattamento delle patologie gravi, acute, croniche nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Va inoltre attuata l'implementazione/omogeneizzazione, a livello istituzionale, di tutte quelle forme di dispensazione del farmaco previste dalla vigente normativa e finalizzate alla razionalizzazione e qualificazione della spesa farmaceutica e sottolineata la priorità del monitoraggio dell'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica erogata.

2. Assicurare il governo della spesa e il rispetto del tetto di spesa programmato

L'AIFA provvederà al governo della spesa e al rispetto del tetto di spesa programmato attraverso i meccanismi di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) secondo i criteri di qualità, efficacia, sicurezza, di costo beneficio e di convenienza economica, mediante l'aggiornamento periodico del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN) e attraverso le procedure di ripiano della spesa in caso di sfondamento, secondo quanto previsto dal comma 5, dell'art. 48, della legge 24 novembre 2003, n. 326.

3. Garantire una programmazione di medio-lungo periodo

Fino ad oggi è venuta a mancare una capacità complessiva di governo del sistema, nel rapporto tra domanda ed offerta e ciò ha richiesto nel tempo l'adozione di numerosi provvedimenti di ripiano a valle, in assenza di una capacità di regolazione programmatoria a monte. L'adozione, anche in via sperimentale, di un nuovo sistema dei prezzi che preveda la negoziazione dell'intero portafoglio dell'Azienda e non del singolo prodotto, al netto delle nuove entità chimiche e di un meccanismo automatico di ripiano, con un tasso di incremento della spesa sostenibile e programmato, può costituire lo strumento attraverso cui realizzare una programmazione triennale di settore.

4. Promuovere gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S)

La promozione degli investimenti in R&S può essere incentivata attraverso il "Premium Price", ovvero il riconoscimento di un premio di prezzo (separato e aggiuntivo rispetto al premio di rimborso), per i farmaci innovativi che sono stati realizzati dalle Aziende attraverso investimenti nel nostro Paese in termini di: insediamento o potenziamento dei siti di produzione, assunzione di personale qualificato nei settori della ricerca e conduzione di ricerche cliniche innovative di Fase I e II. A tal fine, su proposta dell'Agenzia Italiana del Farmaco, il Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze individua con proprio decreto i criteri per la successiva stipula da parte della agenzia stessa di accordi di programma con le singole aziende farmaceutiche, con cui siano determinati le attività e i piani di interventi da realizzare da parte di ciascuna azienda.

5. Promuovere ricerche cliniche no-profit

L'AIFA promuoverà ricerche cliniche, specie di tipo comparativo e su aree strategiche, finalizzate a dimostrare il valore terapeutico aggiuntivo (VTA) di farmaci e strategie terapeutiche. A tal fine sarà realizzata una rete informatica e culturale dei Comitati Etici locali e sarà potenziato l'Osservatorio Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche (OsSC).

La specificità della ricerca sui farmaci promossa dall'AIFA è quella di favorire, nell'ottica della trasparenza e dell'indipendenza, tutte quelle ricerche finalizzate ad acquisire conoscenze innovative relativamente al profilo di efficacia, sicurezza, impatto sulla salute pubblica dei farmaci e degli interventi terapeutici in quelle aree che, nell'attuale organizzazione della ricerca sui farmaci, appaiono destinate a rimanere marginali per il mercato, ma rilevanti ed essenziali per la salute del cittadino.

6. Favorire l'internazionalizzazione del sistema e consentire un più rapido accesso ai farmaci innovativi

L'AIFA si impegna a semplificare e ridurre i tempi delle procedure registrative per il perfezionamento delle procedure relative all'autorizzazione all'immissione in commercio di nuovi farmaci a carico del SSN, in modo trasparente e verificabile, al fine di garantire ai cittadini un accesso più rapido ai farmaci innovativi e ai medicinali orfani registrati in Europa.
Da tale processo di semplificazione delle procedure e di riduzione dei tempi di AIC ci si attende un corrispondente incremento delle domande da parte delle Aziende affinché l'Italia guidi il processo registrativo in Europa, come paese di riferimento nelle procedure di mutuo riconoscimento e come rapporteur nelle procedure centralizzate.

7. Garantire un impiego sicuro ed appropriato dei farmaci

L'AIFA promuove programmi di Farmacovigilanza attiva e studi di sicurezza post commercializzazione di intesa con le Regioni e secondo piani di formazione e ricerca con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, le Società Scientifiche e le Università.
Tali studi saranno orientati a verificare la trasferibilità nella pratica di medicina generale dei risultati originati dalle sperimentazioni cliniche pre-marketing e gli esiti nella fase post-marketing (outcome research). Anche i farmaci di fascia C vanno assoggettati al regime di codifica e di lettura ottica per verificarne l'utilizzo anche ai fini dell'appropriatezza.

8. Contribuire ad assicurare maggiore eticità al mercato dei farmaci

Una maggiore trasparenza ed eticità al mercato farmaceutico, in particolare nel settore della informazione scientifica, dei convegni e dei congressi promossi dalle Aziende farmaceutiche, richiede la revisione della legge 30 dicembre 1992, n. 541.
L'AIFA deve assicurare, inoltre, l'implementazione di una informazione pubblica e indipendente, al fine di favorire un corretto uso dei farmaci, di orientare il processo delle scelte terapeutiche, di promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni, riequilibrando l'attuale condizione di asimmetria tra informazione privata e informazione pubblica.
L'AIFA garantirà, infine, il proprio contributo istituzionale all'aggiornamento degli operatori sanitari in ambito farmacologico attraverso le attività editoriali, lo svolgimento come provider di programmi di formazione a distanza (FAD), la gestione e l'implementazione dei contenuti del proprio sito internet.

9. Coinvolgere i cittadini attraverso la Comunicazione

La implementazione di una nuova politica sul farmaco richiede il coinvolgimento dei cittadini per ricostituire un rapporto di piena fiducia affinché sia percepito e riconosciuto il ruolo del Ministero della Salute e dell'AIFA a difesa e a tutela dei bisogni e dei diritti del cittadino in ambito farmaceutico e sanitario.
L'AIFA promuoverà Campagne di informazione e comunicazione ai cittadini sul corretto impiego dei farmaci; assicurerà attraverso i Medici e i Farmacisti la diffusione delle liste di trasparenza di farmaci di fascia C sottoposti a prescrizione medica e implementerà campagne specifiche per la promozione dei farmaci equivalenti, al fine di liberare preziose risorse destinate ad offrire ai cittadini una sempre maggiore disponibilità per i farmaci innovativi. In questo senso è importante ricordare che i farmacisti possono dare un rilevante contributo professionale all'ottimizzazione delle risorse, favorendo il ricorso a medicinali che,

nell'ambito di una stessa categoria terapeutica, sono meno costosi e il ruolo che le farmacie possono svolgere ampliando le attività di monitoraggio dei consumi e della spesa.

*I Dispositivi medici*
Questa linea tematica si riferisce al complesso delle iniziative che occorrerà sviluppare sulla tematica dei dispositivi medici.
La diffusione e l'uso sempre più esteso nelle diverse pratiche sanitarie di dispositivi medici dovrà comportare una crescente attenzione da parte del Sistema Sanitario.
Nel triennio andranno pianificati interventi mirati ad alcuni obiettivi fondamentali:

a) conoscenza sempre più completa ed aggiornata delle tipologie di dispositivi medici presenti sul mercato italiano e delle loro caratteristiche tecniche ed economiche;
b) promozione della ricerca scientifica in questo campo;
c) miglioramento della capacità di risposta ad eventuali segnalazioni di incidenti o di anomalie di funzionamento di dispositivi medici e attivazione di un sistema di vigilanza;
d) attenzione alla qualità dei prodotti sul mercato, soprattutto in arrivo dal mercato extra-comunitario, anche attraverso costanti e fattivi contatti con le altre autorità competenti.

In questa situazione nel corso del triennio, andranno attivate, in accordo con le Regioni misure volte a garantire la sicurezza, e l'appropriatezza d'uso dei dispositivi medici, in particolar modo:

- l'istituzione di una database nazionale dei dispositivi medici in vendita nel nostro Paese, contenente le caratteristiche essenziali (comprese biocompatibiltà e sicurezza) degli stessi;
- la valutazione del rapporto costo-beneficio, finalizzata a definire il Repertorio dei dispositivi medici rimborsati dal Servizio sanitario nazionale;
- la realizzazione di un monitoraggio specifico sulla spesa dei dispositivi medici.

## 5. GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### 5.1. La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza

Negli ultimi anni si è delineata una nuova dinamica demografica, con una trasformazione delle caratteristiche del comportamento riproduttivo delle coppie, che ha comportato una riduzione del numero delle nascite. L'innalzamento dell'età media al parto delinea una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura.
Dai dati ISTAT si rileva che il tasso di natalità in Italia nel 2004 è del 9,7 per 1000 abitanti, in particolare nel Mezzogiorno d'Italia pari al 10,1 per mille, mentre nel Nord e nel Centro Italia rispettivamente al 9,5 e 9,4 per mille.
Malgrado i progressi realizzati negli ultimi anni, non sono ancora stati raggiunti gli obiettivi indicati dal precedente Piano sanitario nazionale 2003-2005, che faceva proprie molte delle indicazioni del Progetto obiettivo materno-infantile del Piano sanitario nazionale 1998-2000, i cui standard relativi al numero minimo di parti anno per struttura, al bacino di utenza per unità operativa di pediatria risultano ancora validi e del quale andrebbe monitorata l'attuazione.

Nella mortalità infantile, in costante diminuzione permangono purtroppo notevoli diseguaglianze fra le Regioni del Nord-Centro Italia e quelle al Sud del paese. La mortalità neonatale, più elevata nelle Regioni del Sud, è responsabile della maggior parte di tale mortalità. L'incidenza dei neonati di basso peso si è dimezzata nel corso dell'ultimo trentennio è ha raggiunto il valore medio europeo (6%), persiste però un gradiente tra Regioni meridionali e settentrionali. Devono, pertanto, essere migliorate le cure perinatali riducendo le diseguaglianze nei tassi di mortalità neonatale nelle Regioni del Sud del paese, legate a fattori socioeconomici, quali i più elevati livelli di povertà e la scolarità più bassa, ma anche a fattori organizzativi e gestionali quali ad esempio: la carenza delle strutture consultoriali, la mancata concentrazione delle gravidanze a rischio, l'incompleta o la mancata attivazione del sistema di trasporto assistito del neonato e la mancanza di una guardia attiva medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica, 24 ore su 24 in una percentuale elevata dei troppi punti nascita del nostro paese.

Per quanto riguarda la mortalità infantile, la patologia perinatale (55%), in particolare la prematurità e le malformazioni congenite (30%) costituiscono l'85% circa della mortalità nel primo anno di vita. Tra il primo mese ed il primo anno di vita, la sindrome della morte improvvisa del lattante costituisce, ancora oggi nei paesi industrializzati, la prima causa di morte, essa ha un'incidenza che può essere stimata tra lo 0,5 e l'1‰ dei lattanti. Per affrontare questa rilevante problematica è stata emanata la recente legge 2 febbraio 2006, n. 31 "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto" che prevede l'individuazione del centro deputato a elaborare il protocollo diagnostico, le modalità di individuazione e di autorizzazione dei centri chiamati ad effettuare il riscontro autoptico, la promozione di campagne di sensibilizzazione e di prevenzione per garantire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla SIDS e ai casi di morte del feto senza causa apparente, la predisposizione di appositi programmi di ricerca multidisciplinari che comprendano lo studio dei casi sul piano anamnestico, clinico, laboratoristico, anatomo patologico, istologico, l'emanazione di linee guida per la prevenzione della SIDS.
Nella fascia di età da 1 a 14 anni la mortalità ha presentato un considerevole declino, la prima causa è rappresentata dalle cause violente (traumatismi e avvelenamenti) con il 4,3 per 100.000, al secondo posto i tumori con il 4,0, non si rilevano grosse differenze fra Nord e Sud

del paese. Tuttavia, se esaminiamo il tasso di mortalità in età adolescenziale e nei giovani adulti (15-24 anni), appaiono evidenti le differenze fra Nord, Centro e Sud, con valori più bassi nelle aree meridionali. Queste differenze sono legate soprattutto ai traumatismi: 39 per 100.000 al Nord, rispetto a valori di 24 per 100.000 delle Regioni meridionali. Gli incidenti stradali rappresentano il 57% delle morti legate a traumatismi, il rischio nel maschio appare triplicato rispetto alla popolazione femminile.
L'incidenza dei tumori in età infantile ed adolescenziale sembra presentare un trend in aumento dell'1% circa all'anno. Dati molto buoni vengono dalla sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi che attualmente è pari a oltre il 70% per tutti i tumori infantili in Italia ed in Europa.
L'obesità ha una significativa prevalenza, il 36% dei bambini italiani a 9 anni è sovrappeso, di questi il 12% è obeso, percentuali superiori ai valori medi europei. La prevalenza dell'asma nei bambini è pari al 9,3% e al 10,3% tra gli adolescenti, questa patologia non sembra essere aumentata, mentre si è osservato un incremento della prevalenza di rinite allergica e eczema. La prevenzione di queste due condizioni morbose così frequenti, legate a problematiche ambientali (inquinamento e fumo passivo) e a comportamenti alimentari e stili di vita non corretti deve costituire uno degli obiettivi più importanti di politica sanitaria nel nostro Paese.

Uno dei problemi più critici, strettamente connesso con quello delle patologie croniche, è quello della disabilità, intesa come difficoltà grave ad espletare almeno una delle attività della vita quotidiana, anche se i dati non consentono ancora di definire esattamente il fenomeno, si può calcolare che i portatori di disabilità sono circa il 16-20‰ della popolazione scolastica. Questi soggetti sono affetti prevalentemente da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi, che richiedono un forte impegno a livello sanitario e sociale, un sostegno alla famiglia ed alla scuola e necessitano sovente di una integrazione di competenze a livello multidisciplinare che occorre garantire. Una situazione che sembra poi emergere con sempre maggiore drammaticità nella nostra società è quella dell'abuso e del maltrattamento in età infantile ed adolescenziale.

In Italia il tasso di gravidanze in età adolescenziale è fra i più bassi in Europa ed è in continua diminuzione, meno del 2% di tutte le nascite avviene in donne di età inferiore ai 20 anni. Sul territorio la mancanza di una vera continuità assistenziale ha determinato, anche in ambito pediatrico, un continuo aumento degli accessi in Pronto soccorso, sia generale che pediatrico, il 90% degli accessi è imputabile ai codici bianchi o verdi, che in gran parte potrebbero essere valutati e risolti in un contesto extraospedaliero.

La rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora ipertrofica rispetto ad altri paesi europei. Il numero dei punti nascita è ancora molto elevato, ha meno di 500 parti all'anno che dovrebbe essere considerato lo standard minimo. Alcune Regioni non hanno ancora attivato il trasporto del neonato in emergenza, altre lo hanno fatto in modo incompleto. I tassi di ospedalizzazione sono ancora doppi rispetto ad altri Paesi europei, pur con grandi differenze a livello regionale. L'analisi delle prime 10 cause di ricovero, per DRG, mette in evidenza patologie ad elevato rischio di inappropriatezza. Inoltre per quanto attiene all'assistenza ospedaliera occorre rispettare la peculiarità dell'età pediatrica destinando spazi adeguati a questi pazienti (area pediatrica) che tengano conto anche dell'esigenze proprie dell'età adolescenziale e formare in tal senso gli operatori sanitari. Occorre inoltre valorizzare il ruolo degli ospedali pediatrici e dei Centri regionali per l'assistenza al bambino, come punti di riferimento per le patologie complesse.

La day surgery in età pediatrica stenta ad affermarsi, La mobilità interregionale è, anche in età pediatrica, un fenomeno rilevante. La valutazione della sua entità è importante ai fini di correggere le potenziali diseguaglianze nell'erogazione dei servizi. Tale migrazione può

essere motivata dalla mancanza o inadeguata allocazione o organizzazione dei Centri di alta specialità, da esigenze familiari, ma anche da una non corretta informazione.

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono:

- miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce ed il rooming-in tenendo conto anche degli altri standard definiti dall'OMS e dall'UNICEF per gli "Ospedali amici dei bambini", colmando le diseguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, al fine di ridurre la mortalità neonatale in primo luogo nelle Regioni dove è più elevata, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio;
- la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo, l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio;
- promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce. Deve essere prevenuto il disagio psicologico dopo la gravidanza ed il parto;
- educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici;
- prevenire la patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;
- controllare e diminuire il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare non solo la casa e la famiglia (ma anche la scuola e la città) e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) e combattere la pubblicità alimentare ingannevole;
- riorganizzare i Servizi di emergenza-urgenza pediatrica,
- ridurre i ricoveri inappropriati in età pediatrica,
- migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite,
- definire appropriati percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali;
- migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato no profit;
- valutare con attenzione e contrastare il fenomeno del doping che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le strutture del SSN. Ciò al fine di acquisire una più approfondita conoscenza dell'entità del fenomeno, coinvolgendo le strutture del SSN, le organizzazioni sportive e le istituzioni scolastiche, al fine di sviluppare un efficace piano di prevenzione e lotta al doping, elaborando le strategie da adottare e le azioni da intraprendere.

**5.2. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie**

*I tumori*

La lotta ai tumori si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria che secondaria e a questo proposito negli anni di vigenza del precedente Piano sanitario nazionale sono state realizzate importanti iniziative nella lotta al fumo. Per la prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro sono stati realizzati gli interventi previsti dalla normativa nazionale, regionale e comunitaria di settore. Sono stati inoltre finanziati con le risorse vincolate al raggiungimento degli obiettivi di PSN gli screening oncologici per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto ed in corso di attuazione il Piano Nazionale di prevenzione, del quale gli screening oncologici costituiscono una linea operativa.

Le azioni da completare nel campo della prevenzione dei tumori sono:

- interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione e comunicazione sulla validità della diagnosi precoce, integrando nelle attività dei medici di medicina generale attività utili alla riduzione di alcuni tumori (ad es. melanomi);
- attivare programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale (ad es. incentivazione del trasporto su rotaia o del mezzo pubblico nelle aree ad alta densità di traffico).

Per quanto attiene alla diagnosi precoce è necessario ottenere nell'esecuzione degli screening una copertura quanto più totale della "popolazione bersaglio", superando le differenze nell'accesso legate ai determinanti sociali anche tramite il sistema della chiamata diretta.
Devono essere superati gli squilibri territoriali nell'offerta degli screening efficaci, come stabilito dal Parlamento con la legge 26 maggio 2004, n. 138 art. 2 bis.
Vanno garantiti i controlli di qualità su tutte le fasi del processo diagnostico e sulla dotazione tecnologica (obsolescenza tecnologica) al fine di evitare falsi negativi. E' necessario inoltre garantire alle persone risultate positive al test di screening l'attuazione di percorsi assistenziali in tempi consoni alla gravità della sospetta diagnosi. A tale proposito nella gestione delle liste di attesa è necessario che si tenga conto della sospetta diagnosi di neoplasia per l'attivazione di percorsi differenziati.

Per quanto riguarda la fase terapeutica, di follow up e di riabilitazione occorre sia promuovere la qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi, sia concentrare l'offerta ospedaliera di alta specialità in strutture di altissima specializzazione, dislocate strategicamente sul territorio, dotate delle più moderne tecnologie (ad es. in tema di diagnostica per immagine e di radioterapia), che siano parte di una rete integrata con ospedali di livello locale e strutture territoriali per la presa in carico del paziente, la realizzazione di percorsi sanitari appropriati in un contesto di continuità delle cure. L'offerta dei servizi per la terapia delle patologie neoplastiche ed in particolare della radioterapia deve essere distribuita omogeneamente sul territorio e devono essere attivati sistemi di valutazione della qualità e degli esiti.
Lo sviluppo degli indirizzi coordinati in oncologia sarà incluso nell'apposito Piano Oncologico Nazionale.
Per quanto attiene alla fase terminale e al controllo del dolore si rinvia ai rispettivi paragrafi.

*Malattie cardiovascolari*

Le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di sanità pubblica, e in Italia rappresentano la prima causa di morte e la principale causa di inabilità nella popolazione anziana.

Anche nel campo delle malattie cardiovascolari l'intervento del SSN deve essere in primo luogo rivolto alla prevenzione. Per questo lo Stato e le Regioni hanno concordato di attivare nell'ambito del programma del Piano Nazionale di prevenzione, da attuarsi nel periodo 2005-2008, il Programma di prevenzione cardiovascolare che prevede quattro distinte iniziative:

1) la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;
2) la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
3) la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo mellito, attuando tecniche di gestione integrata della malattia;
4) la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.

Vanno inoltre promosse azioni di informazione e comunicazione sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani, di una corretta alimentazione, della riduzione della pressione arteriosa, dell'abolizione del fumo, del controllo della glicemia, dei lipidi e del peso corporeo.

E' necessario procedere all'individuazione precoce dei soggetti affetti da cardiopatia per prevenirne l'aggravarsi e il manifestarsi di eventi acuti. La gestione delle liste di attesa deve permettere percorsi differenziati, in caso di sospetto diagnostico, su indicazione del Medico di medicina generale dell'eventuale urgenza. In presenza della patologia il paziente deve essere trattato secondo protocolli e linee guida condivise.

Per la gestione della fase acuta della malattia, in particolare nell'infarto miocardio acuto, occorre che il sistema di emergenza urgenza sia organizzato per intervenire in modo rapido ed appropriato, per la diagnosi preospedaliera, l'eventuale trattamento trombolitico, l'accompagnamento del paziente con rischi più elevati alla struttura ospedaliera più idonea.

Per la gestione dei pazienti cronici va realizzata una forte integrazione tra territorio ospedale per attivare interventi di prevenzione di ulteriori eventi acuti, garantire la continuità delle cure, monitorare il paziente, ridurre le recidive e i ricoveri, anche mediante l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. In questo campo è valido l'utilizzo degli strumenti della teleassistenza e del telesoccorso che consentono di monitorare i pazienti presso il proprio domicilio, con l'invio per via telematica di ecg e di analisi, che consentono di effettuare diagnosi differenziali e di prevenire ricoveri impropri e spesso non graditi dai pazienti.

*Diabete*

Il diabete mellito costituisce un importante problema per la sanità dei paesi industrializzati per l'incremento della frequenza, legata all'aumento della vita media e all'adozione di stili di vita insalubri (scorrette abitudini alimentari, scarsa attività fisica con incremento dell'obesità).

Esistono due forma di diabete mellito: il diabete di tipo 1, infanto-giovanile, dipendente da carenza primaria di insulina, a genesi autoimmune, la cui prevalenza nel nostro Paese è di 0,4-1 caso per mille abitanti e il diabete di tipo 2, cosiddetto dell'adulto, spesso associato a sovrappeso, dislipidemia ed ipertensione, la cui prevalenza è di circa 2,7-3 casi per cento abitanti. Entrambe le forme della malattia diabetica sono caratterizzate dall'insorgenza di numerose e gravi complicanze a carico di vari organi e apparati, che incidono pesantemente sulla qualità della vita dei pazienti e sul Servizio sanitario nazionale, ma che possono essere prevenute da un corretto controllo glicometabolico.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale complicanza del diabete di tipo 2. Se il diabete si accompagna ad ipertensione arteriosa, dislipidemia e obesità (oppure anche solo sovrappeso, quando questo sia di tipo "viscerale") si configura la sindrome metabolica caratterizzata da ulteriore incremento del rischio cardiovascolare. La retinopatia diabetica, più

frequente nel diabete di tipo 1 è un importante causa di cecità, la nefropatia diabetica è la terza causa di ricorso alla dialisi; le vasculopatie e neuropatie periferiche causano lesioni trofiche alle estremità inferiori che a volte esitano in amputazioni (prima causa di amputazione).

Studi clinici condotti in questi ultimi anni hanno evidenziato come l'incremento dell'incidenza del diabete di tipo 2 possa essere contrastata dall'attuazione di stili di vita salutari e di un'alimentazione corretta.
Uno stretto controllo dell'equilibrio metabolico, e, soprattutto nel diabete di tipo 2, degli altri parametri di rischio cardiovascolare noti (fumo, peso corporeo, pressione arteriosa, lipidi plasmatici) riduce il rischio di complicanze nel paziente diabetico. Il paziente quindi si deve sottoporre con cadenza stabilita ad una serie di accertamenti per il controllo della malattia e per la diagnosi precoce delle complicanze. Per incrementare l'adesione del paziente ai protocolli diagnostici terapeutici lo Stato e le Regioni hanno concordato sull'attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione che prevede tra l'altro l'iscrizione dei pazienti diabetici in appositi registri e l'integrazione in rete delle strutture territoriali deputate alla prevenzione e alla gestione del paziente diabetico.

*Le malattie respiratorie*
Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte e di queste la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) è responsabile di circa il 50% dei decessi ed il sesso più colpito è quello maschile. Anche la lotta alle malattie respiratorie si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria che secondaria, come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

Le azioni da compiere nel campo della prevenzione delle malattie respiratorie sono:
- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei medici di medicina generale;
- prevenzione ed il trattamento della disabilità.

Estremamente importante è la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria, nei soggetti fumatori per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi.
Per quanto riguarda la fase terapeutica, di follow up e di riabilitazione occorre promuovere la qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi e concentrare l'offerta ospedaliera di alta specialità in strutture dotate delle più moderne tecnologie (ad es. laboratori di fisiopatologia respiratoria, di valutazione delle patologie sonno-correlate, endoscopia toracica, oncologia toracica, unità di terapia intensiva respiratoria, allergologia respiratoria). Tali strutture devono essere inserite in un sistema di rete comprendente ospedale e territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi adeguati. A livello territoriale deve essere implementata l'assistenza domiciliare integrata, in particolare per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave, con disponibilità al domicilio del paziente, dove necessario, degli strumenti di monitoraggio della funzione respiratoria, anche in modalità telematica. I pazienti e i familiari, devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera si ricorda, inoltre, l'efficacia delle unità di terapia intensiva respiratoria nella gestione completa del paziente respiratorio critico, con possibilità di attuare terapia intensiva respiratoria non-invasiva e notevole miglioramento della qualità di vita, possibilità di ridurre l'occupazione di posti letto in reparti di rianimazione e riduzione dei costi di gestione del paziente con insufficienza respiratoria.

**5.3. La non autosufficienza: anziani e disabili**

La non autosufficienza è una grande problematica assistenziale, che tenderà ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari. E' pertanto, fondamentale attuare sistematici interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, tramite interventi in grado di affrontare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza, Altrettanto basilare è il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

*Gli Anziani*

Il possibile incremento delle disabilità e delle malattie croniche causato dall'invecchiamento della popolazione è funzione di vari fattori, tra loro contrastanti, gli uni legati al naturale deterioramento fisico, gli altri alla validità degli interventi di prevenzione e al miglioramento delle condizioni di vita già nelle età precedenti. I possibili scenari che al momento attuale possono prevedersi presentano caratteri discordanti: a) incremento degli anziani non autosufficienti proporzionale all'incremento del numero di anziani con forte crescita in numeri assoluti, b) incremento del numero assoluto di anziani non autosufficienti più contenuto grazie al miglioramento delle condizioni di vita, dei progressi della medicina, delle attività di prevenzione.

Infatti già oggi si registra un innalzamento ad età più elevate delle problematiche più importanti (perdita di autonomia, riduzione della mobilità, decadimento cognitivo) connesse con l'età anziana. In ogni caso il mutato assetto demografico impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria in questo campo. Agli effetti dell'invecchiamento della popolazione si sommano i cambiamenti nelle struttura familiare che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia, che, lì dove è presente, si trova appesantita dalla difficoltà di affrontare a volte da sola problematiche complesse alle quali non sempre è preparata e che richiedono grande dispendio di tempo, energie e risorse, soprattutto in presenza di "anziani fragili".
Con tale termini si intendono anziani limitati nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale.
Negli anziani, accanto ai problemi di carattere sanitario, spesso sono presenti problemi di carattere economico. L'incidenza della povertà è superiore alla media (13,9%) tra le famiglie con almeno un componente di oltre 65 anni di età e raggiunge il valore massimo quando i componenti anziani sono due o più (16,7%). Il disagio relativo è più evidente nelle Regioni del Sud, dove l'incidenza media è pari al 21,3% ma le coppie povere con persona di riferimento di oltre 65 anni sono il 28,2% e gli anziani poveri e soli il 25,7%.

Partendo dall'esperienza di questi anni e dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, l'obiettivo prioritario che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Conseguentemente è necessario lavorare in collaborazione con le istituzioni e i gruppi formali ed informali, che concorrono all'assistenza per l'ottimizzazione degli interventi di propria

competenza, per un miglioramento delle componenti di cura e di assistenza al fine di ampliare le condizioni di appropriatezza.

Occorre, in tal senso, agire essenzialmente sull'implementazione dell'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali che recepiscono le indicazioni dei Piani di zona, e che costituiscono la base degli accordi di programma tra i Comuni e le ASL, e il Piano delle attività territoriali, articolazione dell'accordo di programma etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse

Occorre, inoltre:

- riorganizzare la rete dei servizi sanitari, potenziando l'assistenza territoriale e l'integrazione con il sociale, avvalendosi anche del privato, disponibile a progettare e a realizzare vere reti assistenziali con supporti tecnologici e pacchetti di servizi.
- garantire il livello di assistenza agli anziani non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, ancorando la definizione del livello all'individuazione di standard di prestazioni, di processo e di esito, anche ai fini di una valutazione della sua effettiva erogazione;
- promuovere la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbilità, menomazioni e disabilità geriatriche, promuovendo inoltre il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei;
- procedere alla realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio della non autosufficienza.

*I Disabili*

Nell'analizzare gli interventi e le politiche da attuare per l'integrazione dei servizi di cura per le persone diversamente abili, non si può prescindere dal contributo fortemente innovativo, apportato dalla riflessione internazionale in questo campo, concretizzatosi nella "Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF)". L'approccio, che è alla base dell'ICF, amplia grandemente il campo di azione degli interventi da porre in essere per una più piena integrazione delle persone affette da disabilità, mettendo in risalto la responsabilità condivisa delle varie istituzioni (istruzione, sanità, lavoro, enti locali, etc) per il miglior inserimento o reinserimento nel contesto familiare, lavorativo, relazionale e sociale di questi pazienti.

In questa visione è ribadita la centralità dell'individuo nei processi assistenziali e sanitari, cui devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, eliminando le disuguaglianze che ancora caratterizzano l'accesso ai servizi. Conseguente è la necessità (più volte ribadita in documenti del livello centrale e regionale) che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità. L'approccio da seguire per il paziente con disabilità è, quindi, il coordinamento delle attività multiprofessionali e multidisciplinari, che analizzi tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo per la successiva elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione partecipa attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia. Nel progetto individuale i diversi interventi sono integrati e i diversi operatori riconoscono il loro apporto professionale, per quanto autonomo, facente parte di una strategia più ampia finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni.

L'impegno del Servizio sanitario nazionale in primo luogo è volto a garantire che l'intervento riabilitativo sia precoce per ridurre gli esiti invalidanti degli eventi lesivi, facilitando il recupero di competenze funzionali e/o lo sviluppo di competenze sostitutive Per tale scopo vanno sviluppati anche in questo settore gli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità, tramite indicatori di struttura, di processo e di esito, implementando l'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, fondati sui principi della medicina basata sulle evidenze.
Alla dimissione dell'ospedale il paziente entra nella dimensione riabilitativa territoriale: per garantire la continuità delle cure soprattutto nel delicato passaggio dall'ospedale al territorio e dalle strutture territoriali al domicilio, è necessario promuovere e potenziare il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di riabilitazione in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi, il facile passaggio da un nodo all'altro della rete.
A questo riguardo vanno previsti percorsi assistenziali anche per la fase di cronicità, dimensionando i nodi della rete a livello regionale e locale, secondo l'epidemiologia del territorio. E' auspicabile che, per migliorare l'integrazione e la comunicazione, si utilizzino terminologie comuni per individuare i bisogni, gli obiettivi e i risultati degli interventi. A tale proposito, in considerazione del grande sviluppo in termini di organizzazione, tecnologie, ricerca, bisogni informativi che il mondo della riabilitazione ha avuto in questi anni, occorre procedere ad una rielaborazione delle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione, già approvate con un Accordo Stato-Regioni nell'anno 1998.
Occorre inoltre provvedere ad un aggiornamento del nomenclatore dei presidi protesici ed ortesici, al fine di adeguare la lista dei dispositivi erogabili e meglio ricollegare l'assistenza protesica alla più generale assistenza riabilitativa.

L'integrazione territoriale prevede il coinvolgimento della rete assistenziale e di solidarietà sociale. Importante infatti nel campo della disabilità è il contributo che può essere apportato dal volontariato e dal privato no profit, per la peculiarità di queste associazioni di rispondere in modo flessibile ed articolato ai bisogni anche non codificati dei pazienti. E' inoltre molto importante l'apporto delle associazioni di familiari e dei gruppi di auto-aiuto, il cui contributo va ricercato e riconosciuto.

Il programma individualizzato di riabilitazione deve prevedere, inoltre, interventi finalizzati alla formazione professionale e al reinserimento o inserimento scolastico. Vanno, pertanto, promossi incontri congiunti tra gli operatori sociosanitari e scolastici per definire percorsi di integrazione e di orientamento scolastico e con i centri di formazione professionale per l'inserimento nel mondo del lavoro. L'esercizio del diritto all'istruzione e al lavoro costruisce infatti il primo passo verso quella piena integrazione sociale, che insieme al raggiungimento e al mantenimento della massima autonomia costituisce l'obiettivo a cui tutti gli interventi di riabilitazione sono finalizzati.
A questo proposito, in favore dei disabili gravi, in sinergia con i servizi sociali, è opportuno promuovere la realizzazione delle condizioni che permettano una vita quanto più indipendente, che non deve essere necessariamente legata al venir meno del supporto familiare (il cosiddetto "dopo di noi"), ma può essere preparata con la partecipazione propositiva della famiglia. E' possibile ipotizzare soluzioni abitative in residenze di piccole dimensioni che, pur promuovendo l'autonomia, mantengano il paziente in un contesto relazionale favorevole.

**5.4 La tutela della salute mentale**

Nel nostro Paese, le precedenti azioni programmatiche in tema di salute mentale hanno portato al consolidamento di un modello organizzativo dipartimentale, ed alla individuazione di una prassi operativa mirata a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.
La distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfa gli standard tendenziali nazionali, con valori superiori per i Centri di salute mentale, i Centri Diurni e le Strutture residenziali (pubbliche e private convenzionate), mentre disomogenea sul territorio appare la dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi fra le varie Regioni e all'interno di ciascuna regione.

Per quanto attiene alle attività dei Centri di salute mentale, responsabili per la presa in carico e la continuità terapeutica, sono evidenziabili le seguenti criticità:

a. scarsa conoscenza nella popolazione dell'esistenza dei servizi di cura, delle malattie mentali in generale e delle possibilità di trattamento;
b. forte rischio per molti servizi di non soddisfare le richieste di cura, sia per carenze organizzative sia per scarsità di personale;
c. difficoltà nella presa in carico di pazienti "non consenzienti" e "non collaboranti";
d. interruzioni non concordate del programma terapeutico riabilitativo;
e. primo contatto tardivo di pazienti "gravi" che, in molti casi, arrivano ai servizi già con una storia di "cronicità", con consequenziale diminuzione delle potenzialità di recupero

Un altro punto critico riguarda le strutture residenziali, per le quali non tutte le Regioni hanno emanato criteri formali per l'accreditamento e per le attività che in esse debbono svolgersi, in rapporto alla tipologia di pazienti.
Altri punti di criticità sono:

- difforme diffusione nei DSM della cultura della valutazione della qualità;
- carente attenzione ai problemi di salute mentale nelle carceri;
- mancanza di un Sistema informativo nazionale, in grado di documentare le attività e le prestazioni fornite dai servizi, in rapporto ai bisogni dei pazienti. Disporre di tali dati è fondamentale per le conoscenze epidemiologiche e per la programmazione degli interventi futuri.

A fronte di problematiche tuttora aperte riguardanti l'accesso all'assistenza a favore dei pazienti psichiatrici, è stata recentemente istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per la salute mentale che opera in coordinamento con la Consulta nazionale per la salute mentale.
Nel contempo la Commissione igiene e sanità del Senato, ha avviato un'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti-obiettivo per la tutela della salute mentale.
Tale indagine, a partire dalla legge 13 maggio 1978 n. 180, che perseguiva gli obiettivi di tutelare i diritti del paziente; favorirne il recupero sociale e promuovere un modello assistenziale allargato sul territorio, si colloca in un mutato quadro istituzionale e normativo, che affida alle Regioni la gestione dell'assistenza per la salute mentale.

Gli obiettivi da raggiungere

- implementare la qualità dei CSM e la loro capacità di rispondere alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, contrastando la stigmatizzazione e riducendo le liste di attesa, razionalizzando le modalità di presa in carico, creando

percorsi differenziati per tipologie pazienti, adottando linee guida e procedure di consenso, basati su prove di efficacia;
- migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico dei pazienti "non collaboranti";
- attivare programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
- migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore (con particolare riferimento alla depressione in tutte le fasce di età) e i disturbi del comportamento alimentare (con particolare riferimento alla anoressia);
- accreditare le strutture residenziali, connotandone la valenza terapeutico-socio-riabilitativa;
- implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva, per garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza;
- attivare e implementare interventi nelle carceri in favore dei detenuti con disturbi mentali. Garantire assistenza e reinserimento sociale ai pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), con particolare riferimento ai dimessi;
- implementare i programmi di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle patologie mentali;
- realizzare il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

### 5.5. Le dipendenze connesse a particolari stili di vita

Questa linea di azione è finalizzata a contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute.
In particolare si fa riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.

*Fumo di Tabacco*
La diffusione dell'abitudine al fumo è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovanissimi, tra le donne, specie tra quelle in età fertile ed in gravidanza, con conseguente rischio per la salute anche del nascituro. Il fumo in gravidanza è causa di basso peso alla nascita, di conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria e di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla". Negli ultimi anni è aumentato il numero delle donne affette da patologie fumo correlate, quali il cancro polmonare o l'infarto del miocardio.
Il numero dei fumatori che smette è ancora troppo basso e riferito a soggetti in età adulta che in molti casi già presentano delle patologie connesse al tabagismo.
L'esposizione, specie nei luoghi di lavoro e in ambiente domestico, al fumo passivo oltre ad essere corresponsabile di patologie respiratorie dell'infanzia (ad es. asma bronchiale) è causa di aumentato rischio di tumore polmonare e di infarto del miocardio.

Gli obiettivi da raggiungere
- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore);
- favorire la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei MMG, i Centri Antifumo già operanti, l'attivazione presso le ASL o le Aziende ospedaliere di funzioni dedicate;
- favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore;
- proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Per perseguire quest'ultimo obiettivo dovranno essere promosse azioni di sostegno e di monitoraggio all'applicazione della legge 16 gennaio 2003, n. 3, attraverso una costante azione di informazione-educazione da parte delle strutture competenti delle Aziende Sanitarie, quali i Dipartimenti di Prevenzione, accompagnate, specie sui luoghi di lavoro, da interventi educativi rivolti ai fumatori per favorire l'adozione di comportamenti non nocivi nei confronti dei non fumatori e promuovere la disassuefazione, anche attraverso l'offerta privilegiata di supporto.

*L'abuso di alcol*

In questi ultimi anni si sono consolidate le politiche sanitarie del nostro Paese in campo alcologico, come è rilevabile dalla Relazione che il Ministro della Salute ha recentemente presentato al Parlamento – ai sensi dell'art. 8 della legge 30 marzo 2001, n. 125 – per illustrare gli interventi attivati, a livello nazionale e regionale, nell'anno 2004. In Italia già nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è stata riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione alla protezione della salute delle giovani generazioni.
Il Ministero della Salute ha elaborato nel Dicembre 2004 un Piano nazionale Alcol e Salute, inserito nel programma di attività del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), quale strumento per favorire azioni di ampio respiro per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati in tutto il territorio nazionale.
Il consolidamento delle politiche del nostro Paese riflette del resto gli orientamenti delle politiche alcologiche della U.E., che hanno avuto, negli ultimi anni, un forte impulso con l'inserimento, nel nuovo Programma di azione comunitario di sanità pubblica per gli anni 2003-2008, delle problematiche sanitarie connesse con l'uso e abuso di alcol.

Anche in ambito regionale appare evidente la maturazione di una nuova cultura istituzionale in campo alcologico, che ha indotto molte Regioni a rafforzare il sistema di misure programmatiche e organizzative, con particolare attenzione al mondo giovanile e scolastico.
Le attività di monitoraggio del Ministero della Salute consentono di affermare che in tutte le Regioni, , si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali preposti al trattamento e alla riabilitazione della dipendenza da alcol. Sempre più capillare appare la capacità di collaborazione tra servizio pubblico ed enti e associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto, di cui si sta affermando un peculiare ruolo sia nella prevenzione che nella riabilitazione.

Nonostante i progressi rilevabili nel sistema di servizi e interventi del SSN, permangono alcuni preoccupanti fenomeni nonché difficoltà e carenze in relazione ai quali appare importante intervenire con strumenti di piano particolarmente mirati:

- aumento della popolazione complessiva dei consumatori e conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati, in particolare dei consumatori appartenenti a categorie socio-demografiche particolarmente a rischio di danno alcolcorrelato quali le donne e i giovani;
- aumento dei comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, consumi eccedentari e ubriacature, in particolare nell'ambito della popolazione giovanile di entrambi i sessi e nella popolazione femminile.
- difficoltà di garantire, soprattutto in alcuni territori, percorsi terapeutici adeguati ai bisogni dell'utenza con problemi di alcoldipendenza conclamata.

Gli obiettivi da raggiungere:

1. Particolarmente importante sembra oggi per il nostro Paese, sopratutto in relazione alla protezione sanitaria dei più giovani e delle donne, l'adozione di politiche e azioni che

intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse ai diversi comportamenti, trasmettendo in proposito univoci e adeguati orientamenti.

2. Appare inoltre importante accrescere la disponibilità e l'accessibilità di efficaci trattamenti, nei servizi pubblici o accreditati, per i soggetti con consumi dannosi e per gli alcoldipendenti conclamati, nonché sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

*Le tossicodipendenze*

Il Consiglio Europeo, nel dicembre 2004 ha approvato la strategia dell'UE in materia di droga (2005-2012), che fissa il quadro, gli obiettivi e le priorità per due piani d'azione quadriennali consecutivi che verranno proposti dalla Commissione. L'attività del Gruppo Orizzontale Droga (Bruxelles) si è incentrata prevalentemente sulla elaborazione e adozione della predetta strategia. La "strategia" si basa essenzialmente su un apporto integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta di droga. Il piano d'azione 2005-2008 dell'UE in materia di lotta alla droga (Gazzetta Ufficiale dell'UE 8.7.2005 C 168/1) mette in evidenza anche una serie di temi trasversali, quali la cooperazione internazionale, la ricerca, l'informazione e la valutazione.

Nel nostro Paese l'offerta dei servizi assistenziali attualmente disponibili nel settore delle tossicodipendenze consiste in:

- Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT): 541
- Strutture socio-riabilitative (dato del Ministero dell'Interno): 1.230.

Le criticità riscontrate sono principalmente legate a:

- difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa,
- carenza di conoscenze scientifiche validate sui protocolli terapeutici relativi ai consumi di cannabis, cocaina e metamfetamine. Le nuove droghe rappresentano un problema aperto in quanto i consumatori non si ritengono tossicodipendenti nell'accezione classica del termine;
- difficoltà nell'affrontare la comorbilità psichiatrica, riguardante soprattutto i pazienti "cronici" (generalmente assuntori di eroina);
- limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale, attualmente limitato all'attività dei servizi pubblici;
- difficoltà nell'attuazione di processi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti;

Gli obiettivi da raggiungere:

1. accrescere le conoscenza professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza (nuove strategie terapeutiche e protocolli terapeutici condivisi) con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbilità psichiatrica;
2. attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
3. attuare una revisione dei flussi informativi nazionali a fini epidemiologici e programmatici.

Nel raggiungimento degli obiettivi occorrerà fare riferimento alle modifiche normative introdotte con la legge 1 febbraio 2006, n. 49, con la quale sono state introdotte nuove disposizioni per favorire il recupero dei tossicodipendenti recidivi, a modifica del D.P.R. 9 ottobre 1990, n.309.

**5.6. Il sostegno alle famiglie**

La tipologia familiare prevalente è stata fortemente modificata dalla contrazione della natalità, dall'allungamento della vita media, dall'invecchiamento della popolazione, dagli orientamenti preferenziali delle nuove generazioni per soluzioni abitative distinte da quella dei genitori. In generale si è ridotta la quota delle famiglie con bambini in favore di quelle con anziani ma senza bambini e di quelle senza anziani e bambini.

Il fenomeno della posticipazione dell'età del matrimonio e del momento in cui si decide di avere figli fa aumentare il numero di famiglie in cui sono presenti contemporaneamente bambini piccoli da accudire e grandi anziani non autosufficienti, nell'ambito di una coppia in cui entrambi lavorano. Le esigenze di cura poste da un numero calante di bambini avevano permesso di riequilibrare negli anni '90 il crescente carico gravante sulla età di mezzo a seguito dell'invecchiamento della popolazione, ma oggi, e negli anni futuri, ciò non sarà più possibile, in quanto non sono immaginabili ulteriori contrazioni nelle nascite, ma semmai degli aumenti, mentre la tendenza all'invecchiamento si consoliderà sempre di più.
Tutto ciò sta generando una crescente domanda di servizi di sostegno, sempre più rilevante negli anni che ci aspettano.
Accanto a queste tendenze vanno poi tenuti presenti ulteriori fattori legati a:

- i fenomeni di instabilità coniugale;
- la presenza di famiglie a basso reddito in stato di grave disagio socio economico;
- la crisi delle competenze genitoriali.

In questa situazione è necessario attuare politiche intersettoriali di sostegno alla famiglia che in primo luogo riconoscano il ruolo attivo della famiglia stessa nell'analisi del bisogno, nella formulazione di proposte, nella valutazione partecipata dei servizi ad essa rivolti, riconoscendo e sostenendo il ruolo dell'associazionismo delle famiglie nelle sedi e nelle occasioni decisionali (ad es. Piano di Zona) in cui vengono definiti programmi e progetti in favore delle famiglie.
Per quanto attiene agli interventi più specificatamente socio-sanitari occorre che il Servizio sanitario nazionale si faccia promotore in primo luogo di una cultura negli operatori sanitari e socio sanitari che valorizzi la famiglia e le associazioni di famiglie come partner dei servizi e di conseguenza consideri al momento della presa in carico del singolo paziente, il suo contesto familiare, la rete informale di solidarietà. I gruppi di volontariato, di auto-aiuto, di buon vicinato possono svolgere infatti un ruolo di primo piano nella gestione di bisogni complessi e il contesto familiare è una delle risorse principali dell'individuo che va adeguatamente promossa e supportata. Anche per questo scopo va prevista l'offerta di servizi di temporaneo sollievo come le RSA e i centri diurni per la gestione per periodi limitati di pazienti disabili, cronici ed anziani.

In favore di famiglie in situazione di povertà il Servizio sanitario nazionale, in collaborazione con le altre istituzioni competenti deve partecipare alla costruzione di reti integrate formate da: servizi comunali, servizi delle ASL, Centri per l'Impiego, terzo settore, altri soggetti, per l'analisi del bisogno e la gestione multiprofessionale degli interventi, in particolare, la sperimentazione e la realizzazione di progetti integrati sociosanitari per le famiglie povere con problemi di salute mentale, disabilità e tossicodipendenza.

Il consultorio, per il suo peculiare carattere multiprofessionale e multidisciplinare collabora con gli altri enti alla elaborazione e alla realizzazione di protocolli comuni tra le diverse istituzioni deputate al trattamento delle famiglie multiproblematiche e a formare più puntualmente gli operatori al riconoscimento delle situazioni di disagio e alle modalità con cui affrontarle; collabora inoltre alle iniziative rivolte a promuovere e facilitare l'affidamento

familiare e le adozioni e all'eventuale sostegno successivo alle famiglie. Il consultorio familiare è infatti un importante strumento per l'attuazione di interventi finalizzati alla tutela della salute della donna, dell'età evolutiva, delle relazioni di coppia e familiari ed è fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria. In questo contesto tra le attività dei consultori familiari rivolte alla salute riproduttiva vanno attivati programmi specifici per la tutela della maternità, per la promozione dell'allattamento al seno, per la promozione di scelte genitoriali responsabili, anche informando sui metodi di controllo delle nascite, e per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza.

Un altro ambito di intervento in materia di informazione e prevenzione è quello finalizzato a promuovere la salute nelle fasce adolescenziali tramite interventi mirati (ad es. nelle scuole) o con l'offerta all'interno dei consultori di spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi per ricevere informazioni e risposte ai problemi e ai quesiti propri dell'età.
Infine la presenza sempre maggiore di stranieri sul nostro territorio rende opportuno formare gli operatori alla multiculturalità e predisporre programmi mirati alle problematiche peculiari degli utenti stranieri (ad es. prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, informazione sulla possibilità di partorire in anonimato).
In alcune realtà si sono attivati con buoni risultati anche Consultori per anziani finalizzati prioritariamente alla prevenzione delle patologie proprie dell'età.

### 5.7. Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali

Uno dei problemi più rilevanti che l'attuazione di un sistema universalistico si trova oggi dinanzi è la variabilità della popolazione di riferimento a seguito dei processi di mobilità intra ed extraeuropea che si vanno consolidando negli anni.. E' noto che in alcune aree del paese la presenza straniera, regolarizzata e non, assume dimensioni di assoluto rilievo con un non indifferente apporto allo sviluppo economico ed assistenziale del paese. Nel triennio di vigenza del PSN si verificherà l'effettiva assunzione a carico del sistema degli oneri conseguenti a questi processi, che non devono essere considerati con logiche residuali o marginali
La crescita quantitativa della popolazione reca con sé la conseguenza dell'affermarsi della multiculturalità e multietnicità della struttura sociale. Tale fenomeno modifica il modo di porsi della medicina nei confronti di culture diverse rispetto a quella nell'ambito della quale è stata a lungo praticata.
Al tempo stesso la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza ed alla peculiarità di usi e costumi di parti di essa, senza che ciò trovi a livello nazionale una definizione chiara in termini di obbligo del servizio e di diritto del cittadino. Il Piano sanitario nazionale analizza questo settore, di formulare indirizzi in materia e di definirne i principi di riferimento.

Nonostante il livello di tutela previsto dalla normativa vigente, ed in particolare dagli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 e successive modificazioni, e gli sforzi congiunti delle istituzioni, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni no profit riscontriamo negli immigrati irregolari e nelle persone appartenenti a fasce sociali cosiddette "marginali" varie problematiche di natura sanitaria, tra le quali una maggiore incidenza di malattie infettive da imputarsi alle difficili condizioni di vita e ad una scarsa o assente cultura della prevenzione. Occorre pertanto, in tale ambito:

- potenziare le attività di prevenzione per gli adolescenti e i giovani adulti stranieri attraverso un approccio trans-culturale e multidisciplinare;

- promuovere studi di incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e delle più frequenti MST in gruppi dell'intera popolazione "target"; sperimentare sistemi di monitoraggio in grado di valutare l'andamento delle infezioni, il grado di conoscenza specifica della popolazione target;
- valutare e promuovere capacità professionali degli operatori sanitari che operano nelle aree geografiche a più alto afflusso di immigrati, prendere atto dei nodi critici che, all'interno del SSN, possono causare un ridotto accesso degli immigrati ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV/AIDS e di altre MST.

Per quanto attiene alla copertura vaccinale sono stati raggiunti importanti obiettivi nelle popolazioni immigrate ed a quelle maggior rischio di esclusione sociale.

Per quanto attiene al settore materno infantile occorre contrastare l'alto numero di interruzioni volontarie di gravidanza che si registrano nelle donne immigrate ed in tal senso si rendono necessari interventi finalizzati alla promozione della genitorialità responsabile, attraverso la informazione e formazione alle scelte procreative. E' opportuno inoltre che gli operatori sanitari che operano nel settore materno infantile attivino interventi di informazione sulla possibilità della gestante di partorire in anonimato e che anche le associazioni di immigrati, le associazioni di volontariato e del terzo settore attive in questo campo operino in tal senso. Vanno inoltre attivati interventi per impedire le mutilazioni genitali femminili gli operatori devono essere preparati al trattamento delle possibili complicanze di natura fisica e psicologica connesse con le stesse. Le politiche sanitarie finalizzate al raggiungimento di tali obiettivi devono necessariamente considerare l'eteroculturalità e devono promuovere la formazione specifica in tale ambito degli operatori sanitari. In tale ambito ricordiamo la recente legge 9 gennaio 2006, n.7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" che detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine. In particolare sono previsti programmi diretti a predisporre campagne informative, promuovere iniziative di sensibilizzazione, organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, promuovere il monitoraggio dei casi pregressi già noti, formulare linee guida per gli operatori sanitari e per le altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera sebbene non sia possibile estrapolare dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) i dati relativi agli infortuni sul lavoro, si può certamente affermare, che l'ambito occupazionale rappresenta, specie per gli immigrati maschi, una condizione ad alto rischio per la salute a causa delle condizioni lavorative pericolose e spesso scarsamente tutelate. Quindi è auspicabile un'azione di prevenzione degli infortuni che coinvolga tutti gli attori sociali, sanitari ed economici.

Una popolazione che presenta problematiche peculiari è rappresentata dai Rom. Tra i problemi specifici che riguardano questa popolazione il più urgente è certamente quello che riguarda le condizioni socio-ambientali in cui vive un numero ancora troppo alto di Rom. Le condizioni igienico-abitative sono state universalmente riconosciute come tra i principali determinanti di salute ed il loro miglioramento non può quindi che essere considerato come assolutamente prioritario. Il numero di Rom tossicodipendenti è in continuo aumento e questa realtà, già di per sé gravissima, diviene drammatica se si pensa alla giovane età dei soggetti coinvolti ed al fatto che prima del 1990 tale fenomeno quasi non esisteva. Sempre maggiore attenzione dovrà quindi essere posta su questo problema, soprattutto considerando la scarsa conoscenza reale di tale fenomeno in termini statistico-epidemiologici.

Permane la difficoltà dei nomadi nell'acceso ai servizi sanitari; molti di essi infatti, pur essendo in regola con le norme sul permesso di soggiorno, non hanno effettuato la scelta del medico di base..
In questo settore occorre lavorare in sinergia con le associazioni del privato sociale per rimuovere le barriere culturali e gli ostacoli organizzativi per l'accesso all'assistenza sanitaria e svolgere una intensa opera di educazione sanitaria in collaborazione con mediatori linguistico-culturali appartenenti alle loro comunità.

La varietà e multidimensionalità delle relazioni fra povertà e stato di salute è messa bene in evidenza dal caso estremo delle persone senza fissa dimora. Esso rivela l'ampiezza crescente del rischio di grave emarginazione sociale presente nelle nostre città, che spesso è in diretto collegamento con la presenza di flussi migratori. La condizione di senza fissa dimora nella letteratura internazionale si associa spesso a:

- un'alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la salute;
- un'alta esposizione a traumi, incidenti e violenze;
- un'alta prevalenza di malattie;
- un insufficiente accesso all'assistenza sanitaria;
- un'alta mortalità.

Le variabili socioeconomiche (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcool, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense) che degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale. Tali interventi di contrasto della povertà estrema vanno promossi soprattutto tenendo nei confronti delle persone che sono divenute senza fissa dimora da poco tempo, ovvero vivono in una condizione non ancora cronicizzata: poiché l'intervento di inclusione si rivela più efficace.

L'assistenza rivolta alle popolazioni immigrate ha rappresentato per il SSN un'occasione di crescita organizzativa e culturale. La presenza strutturale di intere famiglie immigrate ha permesso di modificare il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro SSN, rimodellando una offerta di servizi socio-sanitari diversificati e soprattutto a misura umana nei confronti di tutte le fasce di persone a rischio di emarginazione, anche grazie all'attività dei mediatori linguistico-culturali culturali formati ad hoc e/o appartenenti alle loro comunità. Si sta, pertanto portando avanti un processo di attuazione di servizi socio-sanitari più attenti alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture, non solo straniere, ma anche dei diversi strati sociali degli italiani.

## 5.8. Il controllo delle malattie diffusive e la sorveglianza sindromica

Per essere pronti ad affrontare rapidamente eventi acuti che possano configurare un'emergenza di salute pubblica occorre implementare i sistemi di sorveglianza sindromica, integrando i diversi sistemi di sorveglianza esistenti. E' inoltre necessario mantenere e migliorare il controllo sulle malattie diffusive, anche attuando quanto già previsto dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

*Il controllo delle malattie infettive*
Le più rilevanti criticità che emergono nell'ambito del controllo delle malattie infettive sono:

- una cultura che tende a sottovalutare il rischio legato ad esse ed alle loro conseguenze;
- le malattie infettive, in particolare quelle prevenibili da vaccino, chiedono un approccio globale e non localistico per la loro prevenzione ed il loro controllo;
- le maggiori facilità e frequenza degli spostamenti di persone e merci da/per aree geografiche a rischio favorisce la rapida diffusione di patologie emergenti e riemergenti;
- una elevata difformità di copertura per le vaccinazioni di più recente introduzione nelle Regioni ed una disequità nell'accesso alla prevenzione vaccinale che solleva la necessità di una appropriata offerta delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, a tutte le fasce di popolazione previste dal Piano nazionale vaccini, indipendentemente dallo status socioeconomico, con lo specifico problema delle coperture vaccinali, anche per le vaccinazioni obbligatorie nelle popolazioni immigrate da paesi extracomunitari e nelle popolazioni Rom;
- difficoltà e disomogeneità nella gestione dei casi, in crescita, di rifiuto della pratica vaccinale, con necessità di un approccio comunicativo verso i cittadini che tenda al consenso ed alla consapevolezza, piuttosto che allo storico concetto della obbligatorietà.

Gli obiettivi da raggiungere:
Vengono riconfermati gli obiettivi di salute previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 (Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 3 marzo 2005, G.U. - serie generale - n. 86 del 14 aprile 2005) e la promozione delle pratiche vaccinali è una delle tematiche affrontate dal Piano Nazionale della Prevenzione già ricordato nel paragrafo 3.4. Si rimanda pertanto a tali accordi relativamente agli obbiettivi complementari indicati nei due atti. Ulteriori obiettivi, da perseguire nel triennio sono:

- la valutazione epidemiologica dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia, cui offrire prioritariamente le vaccinazioni;
- la rilevazione tempestiva dei casi di infezioni emergenti, riemergenti e da importazione;
- la sorveglianza ed il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- la partecipazione ai sistemi di sorveglianza internazionali per la rilevazione di eventi epidemici a rischio di diffusione nel nostro Paese. A questo proposito particolare rilevanza assume l'Accordo Stato-Regioni del 9 febbraio 2006 con cui è stato approvato il "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" predisposto dal C.C.M. Il Piano, stilato secondo le indicazioni dell' OMS del 2005 che aggiorna e sostituisce il precedente Piano del 2002, rappresenta il riferimento nazionale in base al quale saranno adottati i Piani operativi regionali. L'obiettivo del piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, allo scopo di minimizzare il rischio di trasmissione, ridurne l'impatto, garantire informazioni aggiornate e tempestive attraverso alcune azioni chiave;
- il miglioramento della diagnostica etiologica;
- il monitoraggio della efficacia dei nuovi vaccini.

Una particolare attenzione va infine posta sulla importanza della completezza e della gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali, così da poter valutare la necessità e gli effetti delle campagne vaccinali, in atto e da implementare, e condividere criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità, definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per le categorie particolari, lasciando alle Regioni l'opzione e l'introduzione di altri preparati, in relazione a particolari condizioni epidemiologiche.

*La sorveglianza sindromica*

Allo stato attuale, la capacità di rilevazione tempestiva di eventi acuti singoli o epidemici, correlabili a emergenze di salute pubblica da determinanti naturali o dolosi, sembra inadeguata rispetto alla necessità che tale funzione sia sufficientemente diffusa ed organizzata in tutto il territorio nazionale.

Uno degli interventi per migliorare la capacità di identificare le emergenze di salute pubblica è l'attivazione di sistemi di sorveglianza sindromica che utilizzino dati prediagnostici tali da indicare gli stadi precoci di situazioni emergenziali. Questo tipo di sorveglianza integra, ma non sostituisce, il complesso dei molti sistemi di sorveglianza esistenti.

La sorveglianza sindromica va attivata prioritariamente nei servizi assistenziali dell'emergenza, come ad esempio i Pronto Soccorso e i Centri Antiveleni. Tra gli obiettivi prioritari si segnalano:

- la sperimentazione di un sistema informativo che permetta in tempo reale lo scambio delle informazioni tra i centri e la elaborazione dei segni prediagnostici (segni e sintomi) raccolti;
- la confrontabilità dei dati prediagnostici già esistenti, raccolti nei diversi servizi,
- la rilevazione tempestivamente dei quadri sindromici a partire dai dati prediagnostici;
- l'integrazione delle informazioni sui quadri sindromici con quelle provenienti da sistemi di sorveglianza già in uso.

**5.9 La sicurezza alimentare e la nutrizione**

*La nutrizione come prevenzione*

Negli anni si sono susseguite sempre più numerose evidenze scientifiche sulla responsabilità di diete non corrette nell'incremento cospicuo dell'incidenza delle malattie croniche registrato in questi decenni, e sulla efficacia della riduzione dei fattori di rischi nel prevenire patologie legate all'alimentazione anche in età anziana o nel diminuire la possibilità di recidive, in particolare delle malattie cardiovascolari.

Si ricordano in particolare:

- l'importanza fondamentale dell'uso di acido folico in gravidanza per la prevenzione di patologie congenite del tubo neurale ed il successivo allattamento seno;
- il consumo di frutta, verdura, proteine vegetali ed alimenti a base di amidi preferibilmente non manipolati, grassi vegetali, ed il controllo del consumo totale e del peso corporeo, per la prevenzione delle patologie neoplastiche e cardiovascolari;
- l'importanza della dieta nella prevenzione di alcune patologie (come nel caso del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica) o nella limitazione dei danni alla salute (come nel caso della protezione dei soggetti malati di celiachia ).

La prevenzione della obesità è prevista tra le azioni del piano della prevenzione nazionale, al quale si rimanda ed in aggiunta si indicano come rilevanti, accanto alle azioni di promozione dei corretti stili di vita:

- l'attuazione di politiche intersettoriali atte a riorientare la produzione alimentare tramite gli incentivi alla produzione e le sovvenzioni, regolamentare in modo più puntuale le informazioni contenute nelle pubblicità, e nelle etichette dei prodotti alimentari, agire sui prezzi e formulare standard per il consumo degli alimenti;
- coinvolgere maggiormente gli operatori sanitari (in particolare i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, per la peculiarità del loro ruolo) perché svolgano azioni concrete nel campo della corretta informazione e dell'educazione sanitaria.

Per quanto riguarda particolari patologie legate a deficit di elementi nutrizionali o a patologie anche di origine genetica, il cui estrinsecarsi è fortemente condizionato da fattori alimentari, vanno promossi interventi a vari livelli istituzionali per la messa in atto delle necessarie azioni finalizzate alla loro prevenzione. In tal senso ricordiamo per la loro importanza le due recentissime disposizioni legislative finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica - legge 21 marzo 2005, n. 55 e alla protezione dei soggetti malati di celiachia - legge 4 luglio 2005, n. 123.

*La sicurezza alimentare*

In questi ultimi anni il settore alimentare è stato coinvolto in diverse crisi a partire dalla BSE, fino ai casi più recenti della contaminazione di prodotti per la prima infanzia, che hanno evidenziato la necessità in primo luogo di rafforzare il sistema di monitoraggio e di controlli sulle diverse filiere produttive, ma soprattutto di poter disporre di informazioni e dati provenienti dal territorio secondo un sistema di raccolta omogeneo che consenta una corretta valutazione del rischio. La valutazione dei rischi nella catena alimentare, anche alla luce delle espressioni di Organismi internazionali (EFSA, OMS, etc.) dovrà essere alla base di qualsiasi scelta gestionale per l'adozione di interventi a tutela dei consumatori e ciò non può non avvenire se non attraverso una maggiore valorizzazione del Comitato Nazionale per la Sicurezza alimentare (CNSA) da un lato e dall'altro attraverso il potenziamento delle strutture di gestione del rischio sia a livello centrale che delle Regioni e Province autonome. Tale Comitato dovrà:

- garantire i rapporti con l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare;
- promuovere e coordinare la definizione di metodi uniformi di valutazione del rischio alimentare, proporre metodi per la pianificazione dei programmi di sorveglianza;
- monitorare le attività di sorveglianza nel settore della sicurezza alimentare.

Dal 1° gennaio 2006, con l'entrata in piena applicazione dei Regolamenti Comunitari che costituiscono il cosiddetto "Pacchetto igiene", lo scenario della legislazione in materia di produzione e commercializzazione degli alimenti e delle bevande ha subito notevoli cambiamenti. Infatti, finalmente, a livello comunitario, e quindi con ripercussione anche sul mercato nazionale, si avrà la completa armonizzazione della disciplina in materia di commercializzazione dei prodotti alimentari con un aumento della sicurezza "dal campo alla tavola" in quanto verrà coinvolta la produzione primaria dei prodotti. Inoltre a livello nazionale l'Amministrazione sanitaria, anche a seguito della riorganizzazione di cui alla legge 30 novembre 2005, n. 244, ha iniziato a promuovere anche mediante l'adozione di specifiche linee guida comportamenti uniformi a livello territoriale per la gestione e l'armonizzazione dei controlli su aziende e prodotti alimentari per rispondere a specifiche richieste dell'Unione Europea e dei Paesi Terzi verso i quali vengono esportati i prodotti italiani.

La protezione del consumatore nei confronti di numerose zoonosi alimentari ("dalla stalla alla tavola" con controlli lungo l'intera filiera produttiva, dall'animale vivo al prodotto alimentare venduto al dettaglio) ha reso necessario un nuovo approccio alla materia. I Regolamenti, a differenza della precedente normativa, privilegiano il sistema dell'autocontrollo basato sui 7 principi dell'HACCP del Codex alimentarius, prevedendo, quindi, una maggiore responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare e mangimistico, i quali, tuttavia, saranno facilitati nel loro compito da una legislazione alimentare più semplice ed armonizzata per tutti i prodotti alimentari sia di origine animale che vegetale, venendo a decadere tutta la normativa verticale attualmente in vigore, il più delle volte di non facile interpretazione.

Con particolare riferimento alla efficienza ed appropriatezza dei sistemi sanitari regionali di prevenzione primaria per la parte relativa alla sanità pubblica veterinaria e all'igiene degli alimenti, è necessario realizzare un potenziamento del sistema di auditing allo scopo di garantire al meglio l'uniformità nell'applicazione della normativa vigente, di favorire la trasparenza e la collaborazione tra pubbliche amministrazioni, nonché di promuovere una maggiore attenzione da parte del governo sanitario regionale ed accrescere la consapevolezza sociale sulle realtà sanitarie in questa materia. Risulta, altresì, prioritaria l'implementazione di un puntuale ed efficace flusso informativo dei dati epidemiologici scaturiti in ambito regionale, al fine di una corretta analisi del rischio, da effettuarsi in coordinamento con i Centri di referenza nazionali interessati.

*Sistema nazionale di controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale e vegetale*

Sulla base dei nuovi orientamenti comunitari e al fine di assicurare un sempre più elevato livello di protezione della salute pubblica, l'attuale sistema nazionale di controllo ufficiale dei prodotti alimentari deve essere ridefinito rendendolo più efficace e più adeguato agli standard europei, attraverso gli opportuni interventi relativi ai principali aspetti dell'operatività, del coordinamento, del personale e dell'accreditamento laboratori.

Nella programmazione del controllo ufficiale assume carattere di priorità l'attuazione dei piani di controllo nazionali pluriennali in conformità agli orientamenti generali elaborati a livello comunitario, al fine di realizzare un approccio uniforme globale in materia di controlli ufficiali sui prodotti alimentari. In considerazione del sistema nazionale di controllo ufficiale dei prodotti alimentari, che vede coinvolte numerose autorità sanitarie sia a livello centrale che territoriale, è necessario potenziare le funzioni di coordinamento del Ministero della salute e dei nodi di sistema per poter assicurare interventi uniformi su tutto il territorio nazionale da parte delle diverse strutture sanitarie deputate all'attività di controllo ufficiale, nonché interventi immediati a seguito di attivazione del sistema di allerta.

Il rafforzamento di tale coordinamento si rende, altresì, opportuno per poter migliorare la cooperazione tra gli organismi centrali e territoriali, al fine di soddisfare gli impegni derivanti dall'appartenenza dell'Italia alla Comunità Europea, con riguardo in particolare ai programmi annuali coordinati comunitari sia di tipo generale che specifico in materia di controllo ufficiale.

Per svolgere in maniera soddisfacente le attività di controllo ufficiale è necessario poter disporre di un numero sufficiente di personale adeguatamente qualificato ed esperto, nonché di strutture ed attrezzature idonee, definendo gli standard minimi di operatività per garantire livelli adeguati ed omogenei di sicurezza alimentare su tutto il territorio nazionale.

Allo scopo di garantire la libera circolazione delle derrate alimentari e per rendere affidabili i risultati analitici del controllo ufficiale, compresi quelli relativi alle analisi di revisione, si rende necessario che i laboratori preposti a tali attività, risultino accreditati uniformemente alla norma europea EN/ISO/IEC 17025 su "Criteri Generali sulla competenza dei laboratori di prova e di taratura". Ai fini dell'ottimizzazione delle risorse, particolare attenzione dovrà essere rivolta all'individuazione di laboratori specializzati e accreditati da utilizzare per lo svolgimento di controlli analitici ufficiali di natura particolarmente complessa e costosi.

*Igiene dei prodotti di origine animale*

Anche per quanto riguarda il settore degli alimenti di origine animale, l'entrata in applicazione del "pacchetto"igiene" comporterà nuovi obblighi per gli operatori dei settori specifici e un notevole impegno per le Autorità sanitarie, sia nazionali che delle Regioni e Province autonome e delle ASL, in ordine alla verifica della corrispondenza dei requisiti strutturali degli impianti e delle nuove procedure basate sull'HACCP.

Le azioni, che dovranno essere svolte nel triennio 2006-2008, saranno indirizzate:

- alla predisposizione di linee guida relative all'attuazione del Regolamento n. 853/2004/CE sull'igiene dei prodotti alimentari di origine animale rivolte agli operatori del settore alimentare ed agli Organi di controllo del S.S.N. (un utile strumento operativo in considerazione anche della possibilità, concessa dal Regolamento stesso, di mantenere o adottare, nel rispetto dei principi generali di sicurezza alimentare, disposizioni particolari per adattare alle singole realtà nazionali gli obblighi imposti dalla legislazione comunitaria attraverso la concessioni di deroghe per alcuni prodotti tradizionali);
- ad incoraggiare e valutare la predisposizione di "Guide di buona pratica" sviluppate dalle Associazioni dei produttori di settore in consultazione con le Autorità Competenti.

*Sicurezza degli alimenti di origine vegetale*

Gli alimenti di origine vegetale devono essere sicuri sia da contaminazioni chimiche (pesticidi, metalli pesanti, micotossine, etc.), che per gli aspetti microbiologici. L'ottenimento di un prodotto sicuro è determinato dall'attenzione e dalla cura poste nell'intero processo relativo all'alimento, partendo da una produzione secondo "Buone Pratiche Agricole", una conservazione, trasformazione e distribuzione in condizioni igienico sanitarie ottimali.
Spetta all'Operatore alimentare, secondo il Regolamento (CE) 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, la responsabilità di applicare tutte le adeguate misure di autocontrollo, previste ora anche nella produzione primaria in campo; è questa la novità principale alla quale dovranno essere sensibilizzati tutti i soggetti coinvolti. Rimane compito dell'Autorità sanitaria verificare le misure di autocontrollo messe in atto, nonché esercitare direttamente il controllo ufficiale sugli alimenti, sia di produzione comunitaria, che importati.
In considerazione dell'esistenza di un mercato unico dell'Unione europea, oggi estesa a 25 Paesi e dei crescenti scambi internazionali si vuole rafforzare il controllo ufficiale all'importazione attraverso gli Uffici di sanità marittima ed aerea e di frontiera di questo Ministero (USMAF).
Parallelamente a quanto programmato per il territorio nazionale, devono, infatti, essere stabiliti Piani di controllo pluriennali per realizzare le attività di controllo ufficiale all'importazione da Paesi Terzi, in conformità agli orientamenti generali comunitari che prevedono l'identificazione delle priorità di intervento in base ad un'analisi dei rischi. Per la realizzazione dei piani stessi è necessario operare attraverso un'attenta programmazione degli interventi, una più stretta collaborazione tra gli organi di controllo e rendere disponibili procedure uniformi, personale adeguatamente formato e laboratori accreditati.

### 5.10. La sanità veterinaria

*Sorveglianza epidemiologica sulle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive*

Per potenziare e razionalizzare gli strumenti di prevenzione e lotta alle emergenza zoo-sanitarie, alle malattie animali e all'influenza aviaria, con il decreto-legge 1 ottobre 2005, n. 202 recante misure urgenti per la prevenzione dell'influenza aviaria, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 30 novembre 2005, n. 244, l'Italia ha istituito il *Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali* e un nuovo Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti, inoltre ai fini della lotta contro l'influenza aviaria si è provveduto al potenziamento di tutte le iniziative- già peraltro avviate- di allerta attraverso la rete-sentinella per prevenire i rischi per la salute umana in caso di sviluppo di una pandemia influenzale.

La attività di sorveglianza, svolta anche nell'ambito dei piani di eradicazione, che ha riguardato patologie importanti come salmonellosi, West Nile Desease, BSE, Blue tongue,

influenza aviaria e scrapie, ha permesso di valutare l'andamento epidemiologico delle singole malattie e, quindi, di analizzare e valutare il rischio sanitario sull'intero territorio nazionale soddisfacendo anche i crediti informativi nei confronti degli organismi internazionali (OIE, EU, EFSA).
Azioni fondamentali per il prossimo triennio saranno:

- lo sviluppo di siti WEB di informazione e notifica e di un sistema informativo per le malattie degli animali, che consenta la redazione di report nazionali periodici sulla situazione in Italia.
- La razionalizzazione delle attività di monitoraggio, controllo ed eradicazione sia per gli animali da affezione che per gli animali da reddito.

*Tutela del benessere animale*
La tutela del benessere degli animali da reddito costituisce un'esigenza di carattere etico sociale, in quanto a livello mondiale si è consolidato negli ultimi quaranta anni il concetto che anche gli animali utilizzati dall'uomo, per le proprie esigenze nutrizionali, sono esseri senzienti e non "cose" e pertanto sono individui portatori di diritti.
Uno degli obiettivi prioritari da realizzare sarà quello mirato alla "formazione" degli operatori (allevatori, trasportatori, macellatori), affinché tutti gli addetti del settore vengano edotti sulla nuova normativa e sull'applicazione di buone tecniche di allevamento, trasporto e macellazione che, istaurando un buon rapporto uomo-animale non sono in contrasto con le esigenze della produzione, ma coincidenti con queste.

### 5.11. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

A fronte degli importanti cambiamenti registrati nel sistema di sicurezza, e a poco più di 10 anni di distanza dall'emanazione del decreto legislativo 19 settembre 1994 n. 626 e successive modifiche ed integrazioni, l'implementazione della normativa prevenzionistica nel tessuto produttivo non appare, tuttavia, ancora adeguatamente compiuta: risulta ancora circoscritto ad un numero limitato di aziende l'integrazione tra "processo" produttivo e "processo prevenzionistico aziendale"; la gestione della prevenzione tende ancora ad essere concepita diffusamente come collaterale o aggiuntiva alla gestione aziendale.
La frammentazione produttiva sempre più frequente (le microimprese, ossia imprese fino a 9 addetti, rappresentano più del 90% del tessuto produttivo nazionale), il progressivo instaurarsi di forme di lavoro flessibile, che ovviamente comportano una maggior difficoltà di processi di formazione ad aggiornamento professionale, la sempre maggiore numerosità di lavoratori stranieri nonché la persistenza di elevata quantità di fasce di lavoro sommerso ed irregolare sono fattori che attualmente contribuiscono ad aumentare la difficoltà delle iniziative di prevenzione e tutela.

Il quadro infortunistico pur registrando un progressivo miglioramento negli ultimi anni resta tuttavia grave per l'elevato numero di infortuni mortali, parte rilevante dei quali sono legati alla strada ed ai mezzi di trasporto o avvengono nel percorso casa-lavoro e viceversa (infortuni in itinere).Tuttora permangono come settori lavorativi a maggior rischio quello delle Costruzioni seguito dai Trasporti e da varie attività dell'industria dei metalli. Va inoltre rimarcata la particolare incidenza infortunistica, specie per la quota con conseguenze gravi e mortali, nelle micro e piccole imprese.

Riguardo alle malattie professionali, il numero di denunce di malattie legate al lavoro negli ultimi anni ha subito una progressiva contrazione ma, in controtendenza, sono in aumento le neoplasie professionali,, nonostante l'ovvia difficoltà di attribuzione causale. La letteratura scientifica segnala, inoltre, la crescita delle patologie cronico-degenerative ad eziopatogenesi

spesso multifattoriale, le patologie derivanti dai rischi psico-sociali connessi all'organizzazione del lavoro (stress, burn out, mobbing, etc.), quelle, infine, relativi alle differenze di genere. I dati nazionali sono sottostimati e non riflettono la situazione di effettiva incidenza nel nostro Paese delle malattie professionali, senza dimenticare che infortuni e malattie conclamate non sono l'unico aspetto, per quanto rilevante, delle possibili conseguenze del lavoro sul benessere psico-fisico e morale delle persone.
L'attività di prevenzione deve basarsi su due principali cardini: il sistema informativo finalizzato all'individuazione dei bisogni anche sulla base di evidenze epidemiologiche e la programmazione e pianificazione degli interventi. Deve inoltre essere il più possibile attuata la verifica dell'efficacia degli interventi attraverso l'utilizzo di indicatori non soltanto di attività, ma anche di processo e, ove possibile, di risultato. Fondamentale è infine la sinergia e la collaborazione tra i numerosi soggetti istituzionali che concorrono alla prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro, evitando la duplicazione e sovrapposizione di competenze e, al contrario, attivando azioni il più possibile congiunte ed integrate non solo tra le istituzioni ma anche in accordo le parti sociali.

*Obiettivi da raggiungere:*
- migliorare l'efficacia degli strumenti di integrazione tra pubbliche amministrazioni a partire dagli strumenti previsti dalle attuali normative (Commissione Consultiva Nazionale istituita presso il Ministero del Lavoro ex art.26 d.lgs. 626/94 e Comitati di Coordinamento previsti presso le Regioni ex art. 27 d.lgs. 626/94);
- riordinare, coordinare e semplificare le norme vigenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro e definire un sistema di criteri per la verifica del raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza nel settore della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- consolidare il processo in corso, nell'ambito delle intese tra i principali soggetti istituzionali, di costruzione di un adeguato Sistema informativo integrato

Per quanto si riferisce agli infortuni, si rimanda al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 ed alle successive linee guida.

Relativamente alle malattie professionali, in coerenza con quanto indicato dalla raccomandazione della Commissione 2003/670/CE, le strategie da adottare per facilitare l'emersione delle "malattie professionali perdute" e migliorare le conoscenze ai fini di una più efficace prevenzione devono essere basate sull'impegno e la qualificazione dei sanitari coinvolti. Anche in questo campo appare necessario un intervento di semplificazione delle norme e delle procedure.
Relativamente alle azioni di prevenzione, in linea anche con le indicazioni europee, ed all'interno di un'azione di sistema che deve coinvolgere tutti i soggetti e le strutture a vario titolo competenti ed interessate occorre:
- privilegiare l'attuazione di piani di prevenzione nazionali e regionali relativi ai rischi più gravi per la salute individuati e sviluppare azioni coordinate interistituzionali per la riduzione del lavoro irregolare, fattore di amplificazione importante del rischio infortunistico;
- elaborare linee-guida di settore secondo criteri basati sull'evidenza scientifica e definire un sistema di raccolta delle buone prassi nel settore;
- sviluppare azioni per la promozione della responsabilità sociale delle imprese e per favorire l'integrazione della salute e sicurezza del lavoro nei processi di gestione aziendale.
- sviluppare azioni coordinate per la formazione delle figure della prevenzione, dei datori di lavoro e dei lavoratori;
- sviluppare un sistema di comunicazione efficace riguardo ai problemi individuati ed alle soluzioni adottate nell'ambito della tutela e promozione della salute nei luoghi di

lavoro così come per la promozione di stili di vita sani negli ambienti di lavoro nei riguardi di fumo, alcol e droghe quali possibili cofattori nella genesi degli infortuni..

- migliorare le condizioni di organizzazione e prestazione del lavoro anche tramite il potenziamento delle consapevolezze e delle capacità/possibilità dei lavoratori di operare attivamente per evitare rischi per la sicurezza (con sviluppo e consolidamento delle iniziative di tipo informativo e formativo tese alla sempre maggiore diffusione della "cultura della sicurezza").

### 5.12. Ambiente e salute

In linea con gli obiettivi dell'OMS e dello sviluppo sostenibile, la strategia europea per l'ambiente e la salute rappresenta un ulteriore scenario per le politiche in detto ambito. Avviata con l'iniziativa SCALE (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation), tale strategia incentra l'attenzione sulla necessità di proteggere i gruppi più vulnerabili della società (i bambini), approfondendo i collegamenti fra problemi ambientali e la salute, per ridurre gli effetti avversi collegati a fattori ambientali.
Il Piano di azione europeo ambiente e la salute per il periodo 2004-2010, che ha costituito un importante contributo alla IV Conferenza intergovernativa Ambiente e Salute "Il futuro dei nostri bambini (Budapest giugno 2004)", organizzata dall' OMS Regione Europa, si pone, attraverso 13 azioni specifiche, tre obiettivi principali:

- migliorare la catena dell'informazione per comprendere i collegamenti tra le fonti di inquinamento e gli effetti sulla salute (es. sviluppare indicatori e monitoraggio integrati dell'ambiente);
- integrare le attuali conoscenze rafforzando la ricerca ed esaminando le tematiche emergenti relative ad ambiente e salute (es. concentrare la ricerca su malattie ed esposizione);
- riesaminare le politiche e migliorare la comunicazione (es. sviluppare reti dedicate ai determinanti ambientali, migliorare la qualità degli ambienti confinati, ecc);

In linea con gli indirizzi europei ed internazionali, la politica sanitaria italiana dovrà fissare alcuni obiettivi di grande scala sui temi ambiente e salute che devono trovare continuità nel sistema delle Regioni e degli enti locali alla luce del principio di sussidiarietà. A tal fine occorre sviluppare un approccio politico meno settoriale, che coordini le diverse politiche ambientali e sanitarie con un orientamento di tipo integrato, prevedendo l'inserimento delle diverse priorità di "ambiente e salute" nelle politiche e norme settoriali su aria, acqua, rifiuti e suolo e in una nuova politica integrata dei prodotti al fine di eliminare le emissioni o l'uso delle sostanze pericolose nei prodotti e nei processi di produzione. La salute delle fasce di popolazione più vulnerabili (minori, anziani) deve costituire un obiettivo privilegiato su cui fondare le azioni in tale ambito. Oggi è ormai consolidato il concetto della necessità della prevenzione primaria in campo ambientale, che, nel corso degli ultimi anni, ha prodotto numerosi risultati positivi, sia nel campo ambientale propriamente detto, sia nel campo della salute umana. Gli interventi preventivi possono essere diretti verso l'esposizione (ossia verso la collettività), riducendo o eliminando gli inquinanti interessati, oppure verso gli effetti sulla salute con la prevenzione o l'individuazione tempestiva degli effetti patologici; gli interventi, infine, possono essere rivolti ai singoli individui, aumentando la consapevolezza del rischio e incoraggiando comportamenti e stili di vita che contribuiscano a diminuire il livello di esposizione.

*Inquinamento atmosferico e qualità dell'aria*

Sulla base degli studi epidemiologici condotti in ambito internazionale ed italiano, si può affermare con assoluta certezza che all'inquinamento atmosferico è attribuibile oggi una quota

rilevante di morbosità acuta e cronica, la diminuzione della speranza di vita dei cittadini che vivono in aree con livelli di inquinamento elevato, e che non sembra esserci una soglia al di sotto della quale non si osservano danni.

I gruppi di popolazione più colpiti dall'inquinamento ambientale sono soprattutto gli anziani e le persone in condizione di salute più compromessa come i malati di patologie cardiache e respiratorie. Per queste persone, l'esposizione ad inquinamento ambientale peggiora la prognosi e aumenta la probabilità di morte. I bambini sono particolarmente vulnerabili agli effetti dell'inquinamento e tendono ad ammalarsi per cause respiratorie, in particolare bronchite ed asma.

In generale gli effetti sulla salute degli inquinanti atmosferici sono innanzitutto acuti (di breve termine: aggravamento di sintomi respiratori e cardiaci in soggetti malati, infezioni respiratorie acute, crisi di asma bronchiale, disturbi circolatori ed ischemici, morte).

Sulla base delle stime di impatto, l'inquinamento urbano rappresenta oggi il problema principale sia dal punto di vista ambientale che sanitario, considerato che circa l'80% della popolazione vive nelle aree urbane ed in esse si concentrano la gran parte delle attività antropiche potenzialmente inquinanti.. La gravità degli effetti sulla salute umana, sia a breve che a lungo periodo, di questi inquinanti è direttamente proporzionale alla concentrazione degli inquinanti, al tempo e/o modalità di esposizione e la associazione con altri fattori di rischio può rafforzare considerevolmente l'entità dei singoli rischi.

Si rende, pertanto, necessario sviluppare opportuni programmi di sorveglianza epidemiologica degli effetti del PM10, del PM2.5, delle polveri ultrafini, e delle componenti del particolato nelle città italiane,

Gli obiettivi da raggiungere:

- garantire il miglioramento della qualità dell'aria nei centri urbani, come fattore determinante per la prevenzione attiva di patologie cardio-respiratorie, allergiche, asma, tumori, mettendo in atto tutte le misure disponibili nel settore dei trasporti, dell'industria e dell'energia, per far rispettare gli obiettivi di qualità fissati nelle direttive comunitarie recepite dalle norme nazionali vigenti,; le misure devono riguardare tra le altre cose, i trasporti sostenibili;
- garantire il miglioramento della qualità dell'aria in prossimità di scuole e di luoghi pubblici frequentati da bambini limitando la circolazione di mezzi pesanti e alimentati a diesel, la realizzazione di distributori di carburanti, grandi garage e altre fonti di inquinamento ambientali;
- garantire la riduzione dei costi sociosanitari ed economici legati all'inquinamento dell'aria;
- garantire per tutti i cittadini un facile accesso a informazioni chiare e comprensibili riguardo l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute per poter fare delle scelte sui propri comportamenti;
- promuovere un coordinamento adeguato tra i gestori delle informazioni sulle concentrazioni degli inquinanti ambientali, chi si occupa di salute pubblica, chi si occupa di ricerca epidemiologica e tossicologica, chi deve prendere decisioni a livello nazionale e locale.

*Eventi climatici estremi*

Gli effetti degli eventi meteorologici estremi (ondate di calore, di picchi di freddo, siccità, inondazioni e tempeste) possono essere particolarmente devastanti quando colpiscono gruppi di popolazioni di per sé già vulnerabili come bambini, anziani, disabili e indigenti, che, a causa delle loro ristrettezze sociali ed economiche, si trovano ad avere particolari esigenze

sanitarie. Per contrastare gli effetti sanitari degli eventi climatici estremi, occorre sviluppare opportuni sistemi di sorveglianza epidemiologica, in grado di evidenziare tempestivamente l'andamento della mortalità giornaliera e della morbosità, promuovere la creazione di una rete organizzativa e di un protocollo operativo per fronteggiare l'emergenza e soprattutto di un sistema di allarme-allerta collegato con la protezione civile. Occorre, inoltre:

- realizzare modelli in grado di stimare l'impatto complessivo (effetti diretti e indiretti) dei cambiamenti previsti per il prossimo futuro, tenuto conto della realtà economico-sociale; sviluppare l' informazione sui rischi sulla salute di eventi climatici estremi o inusuali;
- valorizzare gli interventi integrati e sviluppare misure di prevenzione orientate a diffondere le conoscenze sulla situazione delle persone fragili (anziani) in condizioni di maggiore rischio.

Tutto ciò richiede il coinvolgimento di tutti i soggetti che possono contribuire alla creazione di una rete integrata di intervento e possono fungere anche da segnalatori: volontari, medici di famiglia, negozianti, vicini di casa, assistenti sociali e lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi distrettuali delle AUSL con il coordinamento degli operatori delle strutture socio-sanitarie e assistenziali e dei MMG. Occorre sviluppare tutte le iniziative necessarie alla realizzazione degli impegni assunti dall'Italia a livello europeo derivanti dalla ratifica ed entrata in vigore del Protocollo di Kyoto.

*Sostanze chimiche*

Al fine di proteggere la salute umana, in modo particolare quella dei bambini, e l'ambiente dalle emissioni di sostanze chimiche pericolose in tutte le matrici ambientali occorre:

- disciplinare l'uso di pesticidi, sostanze chimiche industriali, metalli pesanti adeguando gli strumenti legislativi sulla base di nuove acquisizioni scientifiche, tenendo conto della particolare vulnerabilità dell'organismo umano in fase di sviluppo, servendosi per le future revisioni, anche degli strumenti legislativi comunitari (come la direttiva sulle acque destinate al consumo umano e la direttiva quadro sulle acque). Occorre identificare prontamente ed eliminare o ridurre (anche in via precauzionale), le cause per le quali è dimostrato e/o si può ragionevolmente supporre l'effetto di alterazioni dell'organismo umano, specialmente se in fase di sviluppo, a partire dal prodotto del concepimento
- sviluppare il monitoraggio delle sostanze chimiche responsabili di impatto sulla salute dei bambini e degli adulti in età fertile, promovendo lo sviluppo tecnologico e scientifico per l'individuazione di nuove sostanze meno pericolose
- responsabilizzare i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori sullo sviluppo delle conoscenze di tutte le sostanze chimiche (dovere di diligenza) e sulla valutazione dei rischi inerenti al loro impiego, anche in relazione ai prodotti, nonché al recupero ed allo smaltimento.
- sviluppare un nuovo sistema di valutazione e gestione del rischio delle sostanze chimiche nuove ed esistenti, che tenga conto anche delle peculiarità del sistema riproduttivo e dell'organismo umano in fase di sviluppo
- completa attuazione e recepimento del quadro normativo comunitario, in particolare della direttiva 91/414 relativa all'immissione in commercio dei prodotti fitosanitari per migliorare il meccanismo generale di autorizzazione, prevedendo in particolare la valutazione comparata
- promuovere progetti per la sensibilizzazione e informazione degli utilizzatori dei pesticidi e per l'adozione di tecniche agricole ad impiego basso o nullo di anticrittogamici

- implementare gli interventi volti a garantire che i prodotti destinati all'infanzia ed i giocattoli non contengano prodotti tossici e non rappresentino un pericolo per la salute dei bambini.

*Radiazioni*

In questo campo occorre implementare le politiche per lo sviluppo di iniziative volte ad ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti (radon) e non ionizzanti (inclusa la radiazione ultravioletta di origine solare e artificiale) e accrescere la consapevolezza su come prevenire tali rischi, proteggendo in particolare la popolazione, in via precauzionale, dagli eventuali effetti a lungo termine generati dall'esposizione cronica alle sempre più numerose sorgenti di radiazioni non ionizzanti sul territorio nazionale (campi elettromagnetici generati da elettrodotti e impianti di telecomunicazioni), tenendo comunque conto che, allo stato attuale delle conoscenze, non vi sono dati univoci e certi su tali effetti, rivolgendo un'attenzione particolare alla salute dei bambini e degli adolescenti;

*Acque di balneazione*

L'attuale sistema di controllo delle acque di balneazione, che dispone che il giudizio di idoneità alla balneazione venga espresso in base alla conformità ai valori-limite di una serie di parametri microbiologici e chimico-fisici risultanti dal monitoraggio, può fornire indicazioni incomplete per la valutazione dei rischi di esposizione, a causa della molteplicità e variabilità dei fattori propri dell'ambiente acquatico.

La Commissione europea, alla luce di quanto sopra ha deciso la revisione dell'attuale direttiva sulle acque di balneazione, presentando una proposta di Direttiva, approvata a giugno 2004 dal Consiglio Ambiente dell'UE ed ora in via di approvazione al Parlamento, basata sui seguenti principi:

- coerenza con la strategia per lo sviluppo sostenibile, secondo il Sesto Programma di azione in materia di ambiente;
- garantire uniformità con le altre direttive UE in materia di acque adottate dal 1976 in poi (Direttiva quadro sulle acque 2000/60/CE, Direttiva 91/271/CEE sul trattamento delle acque reflue urbane, Direttiva 91/676/CEE sull'inquinamento da nitrati provenienti da fonti agricole);
- semplificazione del monitoraggio e suo utilizzo per una gestione integrata della qualità;
- garanzia di una migliore e più tempestiva informazione ai cittadini e potenziamento dei processi di partecipazione.

Obiettivi da raggiungere:

- promuovere una gestione integrata della qualità delle acque, tale da permettere azioni volte a prevenire l'esposizione dei bagnanti a rischi sanitari inaccettabili, non solo attraverso il monitoraggio, ma soprattutto attraverso misure di gestione che includano: il riconoscimento, la valutazione e la riduzione o eliminazione delle possibili cause della contaminazione, la previsione dell'inquinamento e quindi del rischio sanitario associato alla balneazione;
- dare un'informazione più completa e aggiornata in tempo reale alla popolazione sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini.

*Risorse Idriche*
L' obiettivo da realizzare è garantire che il tasso di estrazione delle risorse idriche risulti sostenibile su lungo periodo e sia garantita la disponibilità e la protezione della qualità dell'acqua per consumo umano assicurando adeguate misure per migliorare l'accesso, la sicurezza e la potabilità dell'acqua, coerentemente agli obiettivi contenuti nel documento "Millennium Development" attraverso l'implementazione delle politiche per lo sviluppo di iniziative volte a perseguire l'obiettivo dell'UE, che mira a garantire standard di sicurezza elevati per l'acqua potabile e ridurre gli effetti ambientali negativi di alcune pratiche agricole ed industriali e il totale e adeguato recepimento del decreto legislativo 11 maggio 1999 n. 152 e della Direttiva Quadro 2000/60/CE in materia di acque.

*Inquinamento acustico*
L'obiettivo da realizzare è la prevenzione o la riduzione degli effetti nocivi dell'inquinamento acustico sull'organo dell'udito e sull'intero organismo, garantendo l'individuazione ed il controllo, se non la rimozione di questo fattore di rischio negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo il rispetto dei limiti di emissione imposti dalla normativa vigente ed implementando le iniziative per ridurre l'esposizione all'inquinamento acustico, in linea con la normativa comunitaria.

*Rifiuti*
In linea con gli obiettivi del VI programma ambientale (anni 2001–2010) "Ambiente 2010" dell'Unione Europea, i provvedimenti normativi vigenti, di recepimento di direttive europee (CE 1999/31, 2000/53, 2000/59 e 2000/76) nell'ambito dell'area gestione dei rifiuti prevedono l'obiettivo di una sensibile riduzione complessiva della quantità di rifiuti prodotti e, per quelli che ancora sono prodotti, di raggiungere una situazione in cui:

- i rifiuti non siano più pericolosi o che perlomeno presentino rischi molto limitati per l'ambiente e per la salute umana,
- la maggior parte dei rifiuti venga reimmessa nel ciclo economico, soprattutto attraverso il riciclaggio, o restituita all'ambiente in forma utile o perlomeno non nociva,
- le quantità di rifiuti destinate allo smaltimento finale siano ridotte al minimo assoluto e siano distrutte o smaltite in maniera sicura e trattati in siti più vicini al luogo di produzione.

Nelle varie fasi della gestione dei sistemi di smaltimento dei rifiuti possono verificarsi fenomeni di rilascio ambientale di sostanze chimiche in aria, nel suolo, e nell'acqua, oltre che di contaminazione microbiologica e ad oggi è difficile valutare l'impatto sulla salute umana.

Gli studi epidemiologici sinora condotti non permettono di stimare i "rischi" tra le popolazioni residenti in prossimità di impianti di trattamento/smaltimento dei rifiuti (discariche o inceneritori) e la valutazione dell'impatto sulla salute deve anche includere elementi quali disagio psicologico, sociale ed estetico di cui si dovrebbe tenere maggiormente conto negli studi epidemiologici da programmare.Inoltre non è possibile ad oggi quantificare puntualmente il "peso" che il trattamento/smaltimento dei rifiuti ha sullo stato di contaminazione dei comparti ambientali, e conseguentemente il relativo impatto sulla componente salute umana, poiché i rifiuti sono il più delle volte delle miscele di sostanze, di cui spesso la gran parte sconosciuta.

In questo settore occorre promuovere il consolidamento ed il miglioramento del sistema di raccolta e trattamento dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti speciali pericolosi e non, che minimizzi i rischi per la salute umana ed i danni ambientali e promuovere studi epidemiologici per la valutazione del possibile aumento del rischio di neoplasie infantili di altre patologie infantili e delle malformazioni congenite nelle aree situate in prossimità dei siti sospetti.

<u>*Gli ambienti confinati*</u>
Gli ambienti confinati, le abitazioni in particolare, influiscono in maniera significativa sul benessere psicofisico e la qualità della vita della popolazione. Al fine di garantire alla popolazione di vivere in ambienti confinati salutari dal punto di vista fisico e sociale, a casa a scuola, sul luogo di lavoro e nella comunità locale occorre sviluppare interventi mirati a:

- ridurre l'incidenza delle malattie correlate alla qualità dell'aria degli ambienti confinati, in modo particolare le patologie allergiche, l'asma e le malattie respiratorie (BPCO) ed alcune forme di tumore, riservando una particolare attenzione ai bambini ed agli altri gruppi vulnerabili della popolazione;
- promuovere il benessere e la produttività negli ambienti di lavoro indoor (es. uffici), riducendo l'incidenza di effetti sulla salute dei lavoratori compresa la sindrome dell'edificio malato (Sick Building Syndrome);
- ridurre l'incidenza di lesioni o invalidità dovute ad incidenti domestici;
- tutelare il consumatore ed incentivare alla produzione ed al consumo di materiali/prodotti sani per la salute e l'ambiente;
- promuovere la salute, migliorando le conoscenze sui fattori di rischio indoor e sulle misure efficaci di prevenzione ed informando la popolazione sui comportamenti e stili di vita corretti;
- sviluppare interventi di sostegno nei confronti delle famiglie più povere e disagiate, per garantire l'opportunità di vivere in ambienti salutari dal punto di vista fisico e sociale;
- implementare le iniziative volte a migliorare le opportunità per le persone disabili nei riguardi della salute e delle condizioni di vita a casa, nei luoghi di lavoro ed in quelli pubblici, in linea con le norme in tema di pari opportunità per le persone disabili.

Per realizzare tale strategia si potranno prevedere raccomandazioni, linee guida o misure impositive (leggi e regolamenti). Queste ultime possono essere necessarie per gli ambienti pubblici e di lavoro, mentre per le abitazioni, almeno in prima istanza possono essere emanate delle raccomandazioni o linee guida, che possono essere messe in atto al momento di ristrutturazioni di vecchi edifici o rese obbligatorie all'atto della costruzione di nuovi edifici. Per gli edifici ad uso pubblico o aperti al pubblico, i vigenti regolamenti locali di igiene possono essere integrati con standard minimi di qualità dell'aria e livelli di azione e prevedere standard di ventilazione in rapporto alle diverse tipologie funzionali. Per gli ambienti di lavoro è necessario che la normativa si accordi alle disposizioni previste dal d.lgs. 626/94 e vengano indicati standard minimi di qualità e livelli di azione.

Occorre programmare azioni specifiche per le condizioni igieniche e strutturali delle scuole e degli ospedali e per i mezzi di trasporto sia mediante la definizione di standard minimi di qualità dell'aria interna ed i livelli di azione e standard di ventilazione. Un'altra importante misura è la definizione di procedure tecniche standard di saggio delle emissioni, classificazione dei materiali da costruzione per le proprietà igieniche e ambientali, etichettatura e marchi di qualità dei prodotti per l'orientamento dei professionisti del settore e dei consumatori, tenendo conto anche di quanto previsto dalla Direttiva 89/106/CEE, concernente i materiali da costruzione e dalla normativa concernente la limitazione dell'immissione sul mercato e dell'uso di talune sostanze e preparati pericolosi.
In analogia ad altri paesi europei, è necessario attuare un programma d'interventi a scala nazionale per ridurre l'esposizione al radon negli ambienti confinati, che preveda, tra l'altro, a scopo preventivo norme costruttive specifiche anti-radon per le nuove costruzioni, più stringenti nelle zone con maggiore presenza di radon, nonché norme per la limitazione dell'emissione di radon (e radiazione gamma) dai materiali da costruzione.

E' necessario promuovere azioni specifiche mirate ai soggetti atopici o ai malati di asma, allergia o BPCO, per la riduzione dell'esposizione agli allergeni ed agli inquinanti presenti negli ambienti indoor (specialmente al fumo passivo), con particolare attenzione alle abitazioni e alle scuole. Le azioni devono essere di ordine conoscitivo, di divulgazione, di educazione o in alcuni casi di tipo normativo.
Occorre incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale ed impiantistica e dei requisiti di sicurezza dei componenti di arredo. Infine, è importante definire i criteri per una adeguata progettazione, installazione, collaudo e manutenzione degli impianti di ventilazione/condizionamento e la definizione dei requisiti microclimatici dell'aria, specialmente per gli ambienti in cui soggiornano persone vulnerabili, come gli anziani ed i malati. Occorre, infine, promuovere un programma nazionale di ricerca a medio termine su alcuni temi della qualità dell'aria indoor in particolare: valutazione dell'esposizione della popolazione, metodi di misura e di studio delle sorgenti e degli inquinanti, tecniche per il miglioramento della qualità dell'aria interna e per la conseguente riduzione del rischio per la salute.

Le diverse iniziative devono essere modulate sulla peculiare situazione italiana e mirate a risultati nel breve, medio, lungo termine, attribuendo grande rilievo alle azioni di informazione e di educazione sanitaria rivolte agli studenti, alle famiglie, al personale scolastico e sanitario, alle istituzioni, alle società scientifiche e all'opinione pubblica; un particolare impulso deve essere dato, infine, alle iniziative volte a sensibilizzare e formare i professionisti che operano nel settore edilizio, tecnologico-impiantistico e nei servizi di prevenzione del SSN. Gli interventi volti alla tutela e alla promozione della salute negli ambienti confinati sono necessariamente a carattere intersettoriale e coinvolgono numerose istituzioni ed una pluralità di soggetti e devono fondare sul presupposto che i risultati di salute e di miglioramento delle condizioni ambientali dipendono in gran parte dalla responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, in particolare degli occupanti degli edifici, e dalla loro capacità di collaborare.
Nelle mura domestiche oltre quattromilioni di "potenziali fumatori passivi" sono bambini, fra questi un milione e 552 mila ha meno di sei anni e due milioni e 405 mila hanno da 6 a 13 anni. Circa la metà dei bambini da 0 a 13 anni convive con almeno un fumatore. Questi dati evidenziano la necessità e l'urgenza di implementare tutte le iniziative (legislative e non) mirate a prevenire e ridurre l'abitudine al fumo, ed in via prioritaria, sviluppare ulteriormente le campagne di informazione, sensibilizzazione e l'educazione sanitaria rivolte alle famiglie ed ai ragazzi nelle scuole.

## 6. LA VALUTAZIONE DEL S.S.N. E IL MONITORAGGIO DEL PSN

### 6.1. Il ruolo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nella valutazione del S.S.N

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS) rappresenta la grande base dati condivisa a partire dalla quale sviluppare le attività di valutazione del S.S.N., contemperando le esigenze informative sia del livello aziendale che di quello regionale e nazionale. In questo senso si muove la progettualità portata avanti dalla Cabina di Regia, istituita dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2001 quale organo di governo dell'attuazione del NSIS, e a cui è indispensabile garantire continuità di azione per consentire il progressivo ampliamento della base dati e quindi della capacità di elaborare misure sui diversi livelli di assistenza.

*Aspetti generali*

Il NSIS prevede un modello in cui sia possibile intercettare il percorso seguito da un paziente a fronte di un suo bisogno sanitario che attraversa diverse strutture e setting assistenziali. La lettura del percorso rende disponibili gli strumenti per analizzare l'interazione fra medico e paziente, che è universalmente riconosciuta come l'origine di costi e qualità in sanità. La realizzazione del NSIS s'inserisce quindi in una cornice strategica unitaria complessivamente finalizzata al monitoraggio del bilanciamento costi/qualità del servizio sanitario.
Tale nuovo orientamento porta a dover progettare un sistema informativo che possa affrontare due assi di analisi:

- il bisogno sanitario, misurato attraverso il monitoraggio delle prescrizioni (l'evento che scaturisce dall'incontro fra medico e paziente), sia pure rilevate attraverso le strutture che erogano le prestazioni prescritte.
- la capacità di risposta del SSN attraverso la propria rete di strutture assistenziale ospedaliere e territoriali.

Al primo asse di analisi corrisponde il principale obiettivo del NSIS, denominato "sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali", che prevede, per ogni tipologia di prestazione sanitaria (il ricovero ospedaliero, le prestazioni ambulatoriali, farmaceutiche, residenziali, riabilitative, sociali) un flusso di dati che permetta – pur nella salvaguardia dell'anonimato – di ricondurre di tutte le prestazioni all'individuo beneficiario, identificando il prescrittore, la struttura erogatrice, il tempo di Attesa della prestazione erogata.
Il secondo asse riguarda invece il censimento, la rilevazione delle attività, delle risorse disponibili e dei costi generati dalle strutture che costituiscono la rete di assistenza ed è stato denominato "monitoraggio della rete di assistenza". Anche in questo caso l'evoluzione rispetto al NSIS, è significativa: si vuole infatti estendere la capacità di analisi dalle strutture ospedaliere alle strutture territoriali.

L'incontro fra queste due assi permetterà di popolare una base dai dati informativa capace di essere letta, secondo le necessità per operare le funzioni di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei costi, delle liste di attesa, del ciclo di vita e dell'utilizzo dei farmaci e la farmacovigilanza, della tutela della salute mentale, degli investimenti pubblici in sanità. La condivisione di indicatori tramite sistemi "cruscotti" accessibili a tutte le istituzioni interessate permetterà di realizzare operazioni di Benchmarking fra le diverse realtà regionali.
*Implementare un sistema organico di misure del Servizio sanitario nazionale*

L'attuazione pratica della funzione di tutela rispetto all'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza richiede che i livelli di assistenza stessi possano essere misurati. Occorre inoltre verificare l'effettiva attuazione sul territorio nazionale delle linee strategiche identificate dal Piano sanitario nazionale. Si ritiene infatti necessario che la realizzazione degli obiettivi strategici sia accompagnata dal parallelo sviluppo di strumenti atti a misurare l'avanzamento di tale realizzazione.

Si tratta di costruire un sistema organico di misure per il Servizio sanitario nazionale. Tale sistema si svilupperà in modo incrementale anche in funzione della progressione nella disponibilità dei dati necessari, salvaguardando comunque il requisito di organicità della visione del Servizio Sanitario.
Questo richiede la disponibilità di:

- dati specifici relativi alla quantità, qualità e costi dei livelli di assistenza erogati;
- modalità omogenee di generazione dei dati stessi (classificazioni e codifiche);
- metodologie di analisi dei dati;
- processi sistematici di valutazione dei risultati;
- continuità di azione per consentire il progressivo ampliamento della base dati e quindi della capacità di elaborare misure sui diversi livelli di assistenza;
- progressivo miglioramento delle metodologie di analisi, e di progressiva integrazione delle singole misure in un quadro organico di comprensione.

La definizione di modalità omogenee di generazione dei dati e di una parte rilevante delle metodologie di analisi è obiettivo del "Progetto Mattoni del SSN". Si tratta di una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS finalizzata alla costruzione dei "mattoni" del SSN, omogenei a livello nazionale, da collocare all'interno della base dati comune.
E' necessario, inoltre, che i dati e le metodologie di analisi trovino una concreta attuazione in un processo, continuo e sistematico, di analisi dei risultati che emergono dall'applicazione delle metodologie ai dati reali. L'obiettivo è duplice. Da una parte occorre capire i fenomeni reali che si celano dietro ai numeri. In altre parole è necessario poter verificare "sul campo" perché certi parametri assumono valori "fuori soglia" in certe realtà territoriali. Dall'altra, occorre innescare un circolo virtuoso di affinamento delle metodologie di analisi nonché procedere ad una progressiva integrazione delle singole misure in un quadro sempre più organico di comprensione della capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale. In questo senso, concezione del sistema informativo sanitario, sviluppo dei mattoni, elaborazione dei dati ed analisi concreta dei risultati sono in realtà fasi di un unico processo circolare, in cui sempre più i requisiti per la raccolta di nuovi dati deriveranno dalle necessità di approfondimento della conoscenza evidenziate dall'analisi dei risultati.

*La centralità del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza*

Con l'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56 è stato istituito il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale, che comprende:

- un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi ad elementi rilevanti per il monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio;
- le regole per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni per l'applicazione del sistema;
- le procedure per la pubblicizzazione periodica dei risultati dell'attività di monitoraggio.

Il monitoraggio dei LEA, dovrà tener conto di quanto previsto dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, con il quale è stato istituito il sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere, integrato dall'articolo 50 del d.l. 30 settembre 2003, n. 269, convertito dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 che trova attuazione nel Progetto Tessera Sanitaria, le cui risultanze possono utilmente contribuire agli obiettivi di misurazione del bisogno sanitario, e degli standard previsti dall'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Il monitoraggio dei LEA dovrà superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini e convergere verso:

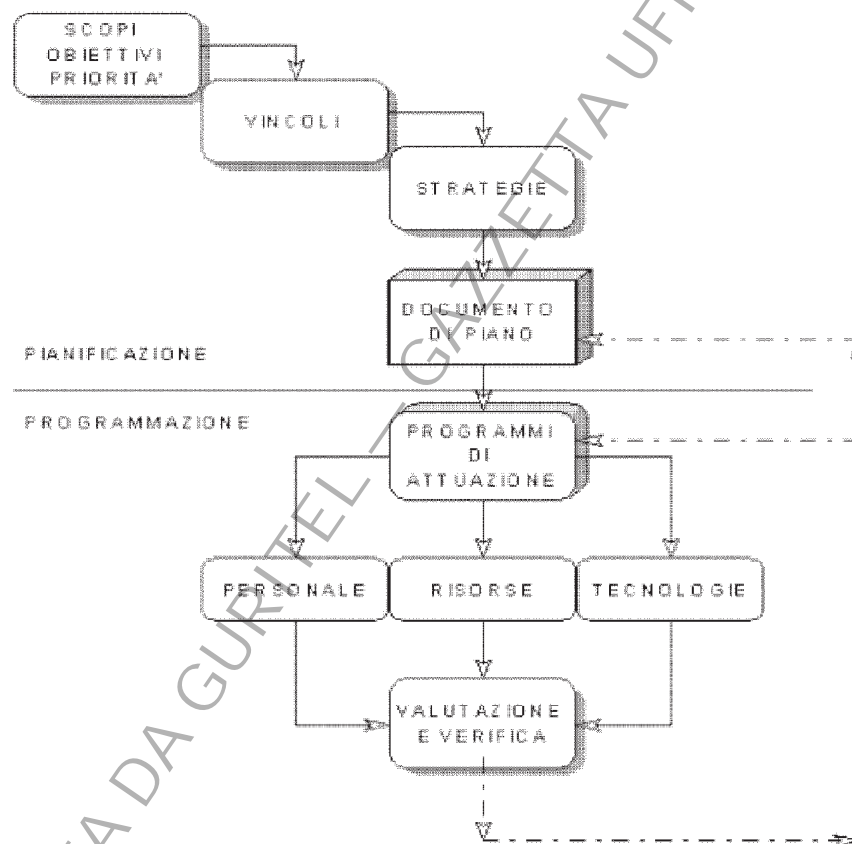
- una valutazione dell'integrazione tra i livelli di assistenza (ospedale – territorio - domicilio).
- una verifica della qualità dell'assistenza erogata: passaggio dai livelli essenziali ai livelli di qualità essenziale.
- un approfondimento dell'appropriatezza nella erogazione dell'assistenza sanitaria quale corretto utilizzo delle risorse nel binomio qualità – costi.
- un esame delle condizioni di accessibilità dei cittadini alle prestazioni: erogazione delle prestazioni nei modi e nei tempi considerati appropriati alle esigenze di cura dei pazienti.

Obiettivi specifici diventano pertanto:

- implementare e consolidare un nuovo sistema di indicatori per il monitoraggio dei LEA, che risponda ai requisiti prima indicati e centri la sua logica sui 4 principali elementi (integrazione, qualità, appropriatezza e accessibilità). Il sistema dovrebbe prevedere automaticamente un aggiornamento periodico coerentemente con le azioni di definizione delle prestazioni erogabili e delle relative condizioni di erogabilità,
- costruire appositi indicatori di appropriatezza centrati sui pazienti, nel duplice aspetto di corretto setting assistenziale e idoneo percorso clinico-terapeutico,.
- rendere pubblici i dati degli indicatori di monitoraggio. Solo la diffusione periodica e tempestiva dei risultati del monitoraggio risponde al contempo ai criteri di garanzia e all'efficace e efficiente gestione delle risorse messe a disposizione.
- promuovere la costruzione di idonei sistemi informativi per monitorare le prestazioni erogate nell'ottica "paziente" (continuità assistenziale, presa in carico, percorsi clinico-terapeutici).

### 6.2 Il monitoraggio del PSN

Il Piano sanitario nazionale rappresenta un modello organico di programmazione che, nel contesto dell'attuale assetto normativo del Sistema sanitario nazionale, assume il ruolo di concreto strumento di governo. Infatti, nell'attuale contesto caratterizzato da una vasta autonomia e responsabilizzazione dei vari livelli del sistema, la coesione operativa e funzionale delle varie componenti del sistema stesso viene generata non più mediante la definizione di rigidi modelli organizzativi ma mediante la definizione di obiettivi che occorre conseguire e sui quali occorre convogliare l'attenzione degli operatori.
Si realizza, quindi, una articolazione del S.S.N. che non si basa su un modello rigidamente predeterminato ma che tende a coagulare l'insieme delle strutture e delle competenze, in possesso ormai di autonomia e idonei strumenti operativi, ad una interazione funzionale nella gestione del servizio stesso.

Il pluralismo di responsabilità, di modelli organizzativi e la valorizzazione dei poteri intermedi portano ad avere una serie di attori direttamente responsabili della gestione della sanità: Stato, Regioni, Aziende sanitarie e Aziende Ospedaliere, Dipartimenti/Distretti e ad ognuno di essi competono, dunque, autonomia e responsabilita` gestionali.
In assenza di modelli organizzativi e autorizzativi centrali, il livello si sposta alla periferia del sistema che rimane operativamente unito nella necessità di raggiungere gli obiettivi che occorre conseguire.
In tal senso il Piano Sanitario stabilisce a livello di macrosistema le attività da porre in essere ed i relativi vincoli di finanziamento quale assegnazione "budgetaria" che il livello periferico e' tenuto a rispettare. In altri termini vengono così identificati obiettivi, azioni e risorse che passando progressivamente dal macrolivello centrale a quello periferico, vengono adattate alla specifica realtà locale secondo un modello esemplificato dal seguente schema:

Il Piano sanitario nazionale contiene già nella sua struttura precise esigenze di riscontro, che devono essere soddisfatte attraverso una serie di strumenti ed iniziative di monitoraggio. Infatti, la presenza nel Piano di obiettivi strategici ed operativi specifici implica l'esistenza dei corrispondenti strumenti informativi per misurarne il conseguimento, strumenti che in aggiunta a quelli già esistenti, possono anche essere surrogati da altre fonti, necessariamente di carattere più generale, ed in alcuni casi, generico.
Le attività di valutazione e monitoraggio delle politiche pubbliche assumono un ruolo crescente negli interventi pubblici. I risultati devono essere individuati, anche se con differenziazioni e difficoltà, in un linguaggio comune che con difficoltà viene progressivamente introdotto nella cultura gestionale pubblica. Il monitoraggio è un'attività di presidio e di controllo dei risultati relativi agli obiettivi del sistema.

Monitorare le performance significa misurare le prestazioni, apprezzare i comportamenti agiti e fornire un feedback, al fine di:

- verificare il grado di *raggiungimento* dei risultati intermedi ed il livello raggiunto nel consolidamento e nello sviluppo delle competenze organizzative;
- individuare eventuali *azioni correttive* che si dovessero rendere necessarie;
- consentire l'eventuale *ridefinizione* degli obiettivi.

Sul piano operativo il monitoraggio del PSN sarà assicurato in coerenza con le iniziative già assunte dal Ministero della salute, con specifiche scelte programmatiche e legislative, con l'obiettivo di avvicinare il Servizio sanitario nazionale ai titolari del servizio, sia trovando nuove forme di cooperazione con la società civile, sia rendendo gli utenti consapevoli delle pratiche terapeutiche e favorendo una maggiore partecipazione nella scelta delle opzioni terapeutiche. Ciò significa non solo comunicare i risultati delle rilevazioni, ma motivare al cambiamento, in modo che i referenti diventino soggetti di collaborazione attiva nell'attuazione progettuale.

Per quanto attiene agli strumenti con cui sarà garantita la valutazione del PSN, occorre ricordare che il d. lgs. 502/92 e successive modificazioni, all' articolo 1, dopo aver definito compiti e funzioni del Piano sanitario nazionale definisce, al comma 12, quale strumento di valutazione del processo attuativo del PSN, la Relazione sullo stato sanitario del Paese.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della salute:

- illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal SSN;
- espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal PSN;
- riferisce sui risultati conseguiti dalle Regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Un particolare attenzione va posta sul fatto che il Piano ha uno sviluppo triennale, mentre la Relazione deve essere prodotta con cadenza annuale e che nella individuazione degli indicatori occorre specificamente individuare quelli in grado di cogliere lo sviluppo attuativo degli interventi e delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Piano. Ne consegue che la redazione della Relazione costituisce una condizione dinamica e continua sotto il profilo sia della struttura che dei contenuti; sarebbe, quindi, utile considerare la Relazione annuale come costituita da un sistema di reporting più articolato, un vero e proprio *"Sistema della Relazione"* rappresentato dalla produzione di :

- una Relazione (congiunturale) prodotta annualmente e in grado di soddisfare l'adempimento normativo, costituita da documenti di sintesi, di prevalente taglio politico istituzionale, e documenti di analisi tecnico economica;
- una Relazione triennale, prodotta in concomitanza della scadenza del Piano Sanitario in grado di evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano; riportando i dati, per quanto possibile, alle varie Regioni per tentare di costruire profili regionali da porre a confronto e tentare di far emergere comportamenti tipici di gruppi di Regioni da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti;
- documenti monotematici su tematiche individuate anno per anno, che rappresenteranno approfondimenti monografici per la valorizzazione di esperienze territoriali e per focalizzare i problemi emergenti, ad essi almeno si dovrebbero aggiungere uno o più documenti di Analisi, prevalentemente focalizzati su problematiche di rilievo e impostati con un taglio politico sociologico.

**06A05518**



AUGUSTA IANNINI, *direttore* FRANCESCO NOCITA, *redattore*

(G603115/1) Roma, 2006 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

## CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2006 (salvo conguaglio) (*)

### GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

| | | | CANONE DI ABBONAMENTO | |
|---|---|---|---|---|
| Tipo A | Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 219,04)* | - annuale | € | **400,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 109,52)* | - semestrale | € | **220,00** |
| Tipo A1 | Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 108,57)* | - annuale | € | **285,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 54,28)* | - semestrale | € | **155,00** |
| Tipo B | Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 19,29)* | - annuale | € | **68,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 9,64)* | - semestrale | € | **43,00** |
| Tipo C | Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della CE: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 41,27)* | - annuale | € | **168,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 20,63)* | - semestrale | € | **91,00** |
| Tipo D | Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 15,31)* | - annuale | € | **65,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 7,65)* | - semestrale | € | **40,00** |
| Tipo E | Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 50,02)* | - annuale | € | **167,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 25,01)* | - semestrale | € | **90,00** |
| Tipo F | Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 344,93)* | - annuale | € | **780,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 172,46)* | - semestrale | € | **412,00** |
| Tipo F1 | Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali: | | | |
| | *(di cui spese di spedizione € 234,45)* | - annuale | € | **652,00** |
| | *(di cui spese di spedizione € 117,22)* | - semestrale | € | **342,00** |

**N.B.:** L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
*Integrando con la somma di* € **80,00** *il versamento relativo al tipo di abbonamento alla* Gazzetta Ufficiale *- parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice Repertorio Annuale Cronologico per materie anno 2005.*

### BOLLETTINO DELLE ESTRAZIONI

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **88,00**

### CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

### PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

| Prezzi di vendita: | | |
|---|---|---|
| serie generale | € | 1,00 |
| serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione | € | 1,00 |
| fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico | € | 1,50 |
| supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione | € | 1,00 |
| fascicolo Bollettino Estrazioni, ogni 16 pagine o frazione | € | 1,00 |
| fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico | € | 6,00 |

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

### GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II (inserzioni)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abbonamento annuo | *(di cui spese di spedizione € 120,00)* | | € **320,00** |
| Abbonamento semestrale | *(di cui spese di spedizione € 60,00)* | | € **185,00** |
| Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) | | € 1,00 | |

I.V.A. 20% inclusa

### RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

| | | |
|---|---|---|
| Abbonamento annuo | | € **190,00** |
| Abbonamento annuo per regioni, province e comuni | | € **180,00** |
| Volume separato (oltre le spese di spedizione) | € 18,00 | |

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

**N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.**

Restano confermati gli sconti in uso applicati ai soli costi di abbonamento

**ABBONAMENTI UFFICI STATALI**
Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.



* 4 5 - 4 1 0 3 0 1 0 6 0 6 1 7 *

€ 7,00